Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok VI. Maj-Czerwiec 1934 Nr. 5-6

Pielęgniarka Polska Nr. 5-6 | L'Infirmière Polonaise Nr. 5-6

TREŚĆ:

T. Kulczyńska: Uwagi o pielęgnarstwie prywatnem

Medycyna w dawnej Polsce

Z. Kępińska: Obserwacja chorego

J. Masiewiczówna: Nadzór nad personalem pielęgnarskim w Ameryce

Kronika — Różne

SOMMAIRE:

Mlle T. Kulczyńska: Considérations sur le *nursing* privé

La médecine dans l'ancienne Pologne

Mlle Z. Kępińska: L'observation d'un malade

Mlle J. Masiewicz: Surveillance du personnel infirmier en Amérique

Chronique — Divers

Adres Redakcji i Administracji:
Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:
Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.

Miesięcznie 70 gr.

W Ameryce rocznie 1½ dolara
We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.
Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VI | Maj-Czerwiec 1934 | Nr 5-6

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

Uwagi o pielęgniarstwie prywatnem

Pielęgniarstwo zawodowe w nowoczesnem tego słowa znaczeniu nie objęło jeszcze tych wszystkich gałęzi pracy, jakie posiada w krajach, dawniej pod tym względem zorganizowanych. W chwili obecnej słyszy się i mówi w naszym zawodzie zazwyczaj tylko o dwóch działach pracy pielęgniarskiej, a mianowicie o pielęgniarstwie szpitalnem i o pielęgniarstwie zdrowia publicznego. W tych dwóch kierunkach rzeczywiście dokonano już w Polsce stosunkowo bardzo wiele i z zadowoleniem można spoglądać na szybki postęp, jaki pielęgniarstwo wykazuje w tych dziedzinach zarówno pod względem rozpiętości agend, jak pod względem doskonalenia techniki pracy i zapoznania społeczeństwa z naszym zawodem.

Odłogiem jednak leży trzecia wielka dziedzina pracy pielęgniarskiej, zagranicą traktowana oddawna na równi z innemi, niemniej potrzebna w społeczeństwie, niemniej czekająca na pracownice. Mam na myśli pielęgnowanie prywatne po domach — i tej tak mało wśród pielęgniarek popularnej pracy mam zamiar kilka uwag poświęcić.

Potrzeba pielęgniarek prywatnych jest wielka. Wiedzą o tem dobrze dyrekcje Szkół Pielęgniarskich, które w chwili obecnej z konieczności zajmują się dużo pośrednictwem pracy, a które tak wiele otrzymują próśb od lekarzy i rodzin o kierowanie absolwentek do prywatnych pacjentów. Rzadko tylko można tym żądaniom zadośćuczynić. Znamiennem jest jednakże, że ilekroć zdarzy się, że jest kilka pielęgniarek wolnych i przez pewien czas można je kierować do domów prywatnych, zgłoszenia natychmiast się mnożą. Na tej podstawie można stwierdzić, że jest to dzie-

dzina pracy, która nieprędko zostanie dotknięta bezrobociem i że gdyby udało się udoskonalić pośrednictwo pracy, możnaby z jednej strony lepiej zaspokajać rzeczywistą, a nawet palącą potrzebę społeczeństwa, z drugiej zaś — zatrudniać pielęgniarki na czas dłuższy lub na stałe w tej dziedzinie.

Przeważnie absolwentki naszych Szkół, w chwili otrzymywania dyplomu mało wiedzą o zadaniach, o złych i dobrych stronach pielęgniarstwa prywatnego, o odrębnościach, jakie ono przedstawia w porównaniu z pracą czyto szpitalną, czy społeczną. Przeważnie wyolbrzymiane są strony ujemne, a w cień usuwane dodatnie — i tem może tłumaczy się fakt, że naogół pielęgniarki u nas uważają pracę prywatną za jakieś zajęcie dorywcze, lub za jakieś „zło konieczne“, z którem trzeba się pogodzić chwilowo, gdy niema jeszcze stałej posady, — nie myślą zaś nigdy o poświęceniu się jej na dłuższy przeciąg czasu. Jest w tem pewne nieporozumienie, które może udałoby się nieco naprawić, gdyby szersze koło pielęgniarek zapoznało się choć w przybliżeniu 1) z zasadami pielęgniarstwa prywatnego, 2) z rzeczywistemi jego trudnościami, 3) z korzyściami, jakie sama pielęgniarka z niego odnieść może, 4) ze specjalnemi zagadnieniami z zakresu t. zw. etyki zawodowej, jakie spotykamy w tej dziedzinie pracy pielęgniarskiej, i 5) z możliwościami zapewnienia pracy i lepszego bytu pielęgniarki prywatnej w naszych warunkach.

Poniżej próbuję omówić wymienione punkty, opierając się zarówno na doświadczeniu własnem, jak na pewnych wiadomościach z zakresu pielęgniarstwa prywatnego zagranicą, a wreszcie — na wielu rozmowach i dyskusjach na ten temat z młodszemi i starszemi pielęgniarkami.

1. Zadania pielęgniarki prywatnej

Strona techniczna pielęgnowania prywatnego opiera się na tych samych zasadach, jakich uczyłyśmy się w pokoju demonstracyjnym naszej Szkoły, podobnie, jak się to ma w pielęgnowaniu szpitalnem. Jednakże jest dość dużo różnic między stosowaniem tych zasad w domu prywatnym i w szpitalu i z niezrozumienia tego faktu wynikają często trudności dla pielęgniarek. W praktyce szpitalnej, przy dużej ilości chorych, a małej pielęgniarek, pielęgnowanie indywidualne chorego z konieczności nie może być tak szczegółowe, tak subtelne, jak w domu prywatnym, gdzie mamy pod opieką tylko jednego pacjenta. Któraż z nas nie odczuwała w szpitalu niezadowolenia z pracy, nie dlatego, że nie włożyła w nią całego wysiłku na jaki ją było stać — ale dlatego, że mimo najlepszych chęci brak czasu nie pozwolił jej na tak staranne i troskliwe zajęcie się chorymi, szczególniej ciężko chorymi, jakiego oni potrzebują. W pielęgniarstwie prywatnem natomiast prawdziwie zamiłowana pielęgniarka może się czuć w swoim żywiole. Chory jest pielęgnowany tak, jak być powinien, z uwzględnieniem wszelkich potrzeb, upodobań, nawet — zachcianek, o ile to tylko leży w ludzkiej

mocy. Jest czas i na codzienną kąpiel w łóżku, i na to, aby chory miał dostateczną ilość snu i wypoczynku, i na przeczytanie mu gazety czy książki — i na bardzo punktualne i dokładne wykonanie każdego zabiegu, i na zmianę pozycji tak często, jak tego wymaga wygoda, czy zdrowie chorego — i na całe mnóstwo innych, pozornie mniej ważnych rzeczy, które tak wielką ulgę przynoszą chorym, a na które zwykle brak czasu w szpitalu.

Ale praca prywatna wymaga nietylko bardziej szczegółowego pielęgnowania samego chorego. Obejmuje ona nadto większy zakres czynności, aniżeli praca w szpitalu. Cały szereg obowiązków, które w szpitalu spełnia kto inny, w pracy prywatnej należy do pielęgniarki. Dla przykładu podam sprzątanie pokoju chorego. Na sali szpitalnej czyni to służba, która, pracując tam stale, może i powinna być nauczona poprawnego sposobu sprzątania przy chorych. W domu prywatnym choroba jest zdarzeniem wyjątkowem i trudno wymagać od zwykłej służącej, aby umiała sprzątnąć pokój, zwłaszcza ciężko chorego, higjenicznie, t. j. „na wilgotno“, dokładnie, szybko, bardzo cicho i bez trącania łóżka lub hałaśliwego przesuwania mebli. To też na całym świecie uważa się, że sprzątanie pokoju chorego w domu prywatnym jest obowiązkiem pielęgniarki, chyba, że są jakieś istotne powody, aby czynił to kto inny. W oficjalnym planie nauk, opracowanym przez Stow. Pielęgniarek Stanów Zjednoczonych dla tamtejszych Szkół, w programie wykładów o pielęgniarstwie prywatnem (w drugim semestrze trzeciego roku Szkoły) figuruje wyraźnie cała lekcja o sprzątaniu pokoju prywatnego pacjenta. Nie potrzeba dodawać, że i przynoszenie posiłków choremu i piecza nad jego przyborami toaletowemi należą do pielęgniarki, a w miarę potrzeby również i drobne usługi, jak małe naprawki jego bielizny i t. p.

Z drugiej strony pielęgniarstwo prywatne cieszy się pewnemi przywilejami w stosunku do pielęgniarstwa szpitalnego. I tak, podczas gdy nasza etyka zawodowa absolutnie potępia zaśnięcie choćby na chwilę w czasie dyżuru nocnego w szpitalu, lub zakazuje wykonywania drobnych prac prywatnych, jak pisania listów, czytania książek, robienia robótek na sali chorych, choćby nawet w przerwie między zajęciami, — to w pracy prywatnej rzeczy te będą zupełnie dozwolone, pod warunkiem naturalnie, aby pielęgniarka, zanim zabierze się do książki czy roboty, przedtem wszystkie swoje obowiązki dokładnie wykonała, i aby była gotowa w razie potrzeby natychmiast to uboczne zajęcie przerwać. Owszem — byłoby to nawet męczącem dla chorego, gdyby pielęgniarka nieustannie krzątała się bez potrzeby. Tak samo podczas dyżuru, obejmującego dzień i noc pielęgniarka ma zupełne prawo położyć się na kanapce w pokoju chorego, i to w wygodnej sukni czy w szlafroku, byle tylko wstać na każde zawołanie. Co

więcej, jest nawet obowiązkiem pielęgniarki korzystać z możności wypoczynku tak, aby siły jej wystarczyły na dłużej, i aby nerwy nie wypowiedziały jej posłuszeństwa z powodu przemęczenia, właśnie w chwili, w której może być najpotrzebniejsza.

Zadania pielęgniarki prywatnej nie ograniczają się do samego pielęgnowania chorego. I może to być odpowiedzią dla tych, które swą niechęć do pracy prywatnej motywują względami ideowemi. Pielęgniarka prywatna spełnia na terenie rodziny niemniej odpowiedzialną pracę, niż pielęgniarka zdrowia publicznego, a mianowicie powinna korzystać z każdej sposobności, aby krzewić zasady higjeny. Pielęgniarka, która dobrą swoją pracą ujmie sobie chorego i jego otoczenie, pozyska ich zaufanie i może dużo nauczyć nawet ludzi oświeconych i inteligentnych. Przytoczę tylko jako przykład pouczanie o higjenie matek ciężarnych czy niemowląt i kierowanie ich do odnośnych poradni, walkę z samolecznictwem przez rozbudzanie zaufania do lekarzy i namowę, aby się do nich udawać wcześnie w razie jakichś schorzeń, wdrażanie choremu przyzwyczajeń higjenicznych choćby takich, jak codzienna kąpiel, czy zmywanie ciała, wentylacja itd. itd. Sposobności tu nie brak — chodzi tylko o dobre chęci, zainteresowanie i koniecznie o dobre wykształcenie zawodowe.

Istnieje jeszcze trzecie zadanie pielęgniarek prywatnych, a mianowicie tych z nas, które są wierzącemi katoliczkami. Jest niem troska nie o ciało ale i o duszę chorego. Nie chodzi tu tylko o otoczenie chorego atmosferą pogody, optymizmu, o podtrzymywanie duchowe jego i rodziny w ciężkiem strapieniu, o pobudzanie do znoszenia cierpień po chrześcijańsku. To bezwątpienia jest rzeczą bardzo ważną. Ale trzeba sobie zdać sprawę, że u wielu chorych dusza jest w gorszym stanie niż ciało i że pielęgniarka — katoliczka winna tu zrobić co może, aby ułatwić choremu pojednanie się z Panem Bogiem. Jakże często rodzina, nawet wierząca, nie ma odwagi pomówić o tem z chorym, zwłaszcza, jeśli chory poprzednio całe życie wyrażał się źle o religji, w którym to wypadku i on sam musiałby uczynić bohaterski wysiłek, aby zdradzić się z potrzebą religijnej pociechy. Pielęgniarka, jako osoba obca, bardzo często ma rolę nieporównanie łatwiejszą i, jak doświadczenie mówi, bardzo często mało potrzeba, by utorować drogę kapłanowi do łóżka chorego. Nieraz kilka słów, z przekonaniem i dobrocią powiedzianych, popartych modlitwą, więcej tu znaczy niż długie wywody apologetyczne. Jakże często zdarza się, że chory, o którym rodzina ma przekonanie, że jest zatwardziałym ateistą, jakgdyby tylko czekał, aby mu zaproponować pojednanie się z Panem Bogiem. Warunek jednak niezbędny — to pozyskanie przedtem zaufania chorego przez naprawdę sumienne, troskliwe pielęgnowanie, i przez wielką, zapobiegliwą dobroć. Słowa zachęty religijnej od osoby, która chorego zaniedbuje albo drażni swoim nietaktem,

niezręcznością lub lenistwem, mogą conajwyżej rozgniewać, ale nie wywołać dodatniego skutku.

Ta praca dla dusz chorych jest w naszem społeczeństwie, w przeciwieństwie chociażby do Francji, może potrzebniejsza wśród sfer zamożniejszych i inteligentnych, aniżeli wśród ubogich. I zdaje mi się, że powinna ona stanowić zachętę do pielęgniarstwa prywatnego dla wierzących pielęgniarek - kotoliczek.

2. T r u d n o ś c i p i e l ę g n i a r s t w a p r y w a t n e g o

Zadania pielęgniarki prywatnej przedstawiają się w gruncie rzeczy zachęcająco dla tych, które naprawdę z zamiłowaniem swój zawód pojmują. Dlaczegóż zatem taka niechęć zwłaszcza wśród młodszych absolwentek naszych Szkół?

Najczęściej płynie ona stąd, że pielęgnowanie prywatne nie daje gwarancji stałej pracy. Pielęgniarka musi zarobić tyle, aby wyżyć, a nadto, zwłaszcza pielęgniarka prywatna, której nie przysługują ubezpieczenia społeczne, musi jeszcze coś odłożyć „na czarną godzinę“. Bo bardzo wiele z pomiędzy nas pomaga swojej rodzinie, nieraz w sposób bardzo wydatny. To też zupełnie zrozumiałem jest, że każda z kończących Szkołę absolwentek wzdycha przedewszystkiem do „stałej posady“, choćby pobory z nią związane były bardzo małe. Jednakże w obecnych czasach te stałe posady bardzo często również nie dają wielkiej pewności, bądź z powodu częstych redukcyj personelu lub likwidacyj całych placówek, bądź też z powodu niewypłacalności instytucyj, które wprawdzie angażują pielęgniarki, ale często potem zalegają z wypłatami. W rezultacie porównanie strony materjalnej pracy prywatnej z innemi działami nie jest już dziś tak niekorzystne.

Z drugiej strony jest może nieco przesady w obawie braku pracy dla pielęgniarek prywatnych. Doświadczenie wykazuje, że są okresy jak lato i wczesna jesień, kiedy istotnie zapotrzebowanie jest mniejsze, ale są inne okresy, gdzie popyt na pielęgniarki jest bardzo duży. Nadto, jak już wspomniałam, gdy tylko lekarze i publiczność dowiedzą się, że jest kilka wolnych pielęgniarek — z reguły zgłoszenia się mnożą. Gdyby zatem choćby w małym zakresie zorganizować pośrednictwo pracy, zapotrzebowania napewnoby się zwiększyły. A nawet i bez tego, pewien typ pielęgniarki może daleko pewniej już dziś liczyć na pracę niż inny. Jest to mianowicie ta pielęgniarka, która pracuje dobrze i sumiennie, nie uchylając się od żadnej pracy, w zakres jej kompetencji wchodzącej, ku zadowoleniu lekarza i rodziny, i która nie stawia korzyści materjalnej na naczelnem miejscu. Nic tak nie zraża, jak kiedy pielęgniarka, która przychodzi do domu umówić się. przedewszystkiem dowiaduje się o wysokość wynagrodzenia i od niej uzależnia decyzję objęcia pracy. Taka interesowność jest na dalszą metę

bardzo złym interesem, bo podkopuje zaufanie do pielęgniarki, jako do człowieka i tem samem nie zachęca nikogo do polecania jej dalej. W rezultacie pielęgniarka lepiej wyjdzie na tem, jeżeli się chętniej zgodzi na obniżenie wynagrodzenia w rodzinie, która jest w trudnych warunkach, gdyż w zamian za to będzie miała pracę dłużej i częściej. Nawet i wtedy, gdy rodzina jest zamożna, uważam za wysoce nieetyczne stawianie nadmiernych wymagań, gdyż jest to wtedy niesmaczne ciągnięcie zysków z cudzego nieszczęścia, t. j. choroby. Dobrem zaradzeniem tego rodzaju trudnościom jest ustalanie przez Stowarzyszenia Absolwentek Szkół wysokości wynagrodzeń za pielęgnowanie prywatne, tak jak się to dzieje co parę miesięcy na posiedzeniach Stowarzyszenia Absolwentek Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek w Krakowie. Ustala się tam wysokość maksymalną wynagrodzenia dziennego, dobowego, miesięcznego, opłatę za poszczególne zabiegi — tak, że członkinie Stowarzyszenia, podając swoje warunki, mogą być pewne, że sytuacji nie wyzyskują, i mają z jednej strony oparcie o autorytet Stowarzyszenia w razie próby wyzysku ze strony rodziny pacjenta, z drugiej strony — swobodę umówienia się o niższą zapłatę, jeżeliby uważały, że cena dla danej rodziny jest za wysoka.

Dobra pielęgniarka, która dała się już nieco poznać lekarzom i publiczności, może nieraz w przerwach między pielęgnowaniami zarobić zapomocą dawania zastrzyków, stawiania baniek, czy wykonywania innych zabiegów pielęgniarskich, jak kąpiele w łóżku czy toalety poranne u chorych, którzy nie chcą lub nie potrzebują pielęgniarki na cały dzień.

Nietylko jednak obawa przed brakiem pracy wstrzymuje wiele pielęgniarek od poświęcenia się pracy prywatnej. Wchodzi tu jeszcze w grę lęk przed upokarzającem, zależnem stanowiskiem pracownicy w domu prywatnym. Zdarzają się rzeczywiście wypadki niewłaściwego traktowania pielęgniarki, co płynie czyto z braku dobrego wychowania pracodawców, czy z tego, że pielęgniarka wykształcona zawodowo jest u nas bądź co bądź jeszcze nowością — i wiele osób nie wie, jak się do niej ustosunkować? Czy to jest służąca, czy „coś lepszego“? czy można ją poprosić do wspólnego stołu? czy można przy niej mówić po francusku, aby nie zrozumiała? itd. Jednak trzeba przyznać, że nieporównanie częściej nieporozumienia te płyną z winy nie środowiska, w jakie pielęgniarka weszła, ale — jej samej. Jeżeli pielęgniarka posiada sama pewną kulturę towarzyską, ujawniającą się w pierwszym rzędzie prostotą, uprzejmością i pewną swobodą, jednak z zachowaniem godności, jeżeli jest taktowna i naprawdę dobrze pracuje, to zazwyczaj, jeśli nawet z początku pracodawcy niezupełnie wiedzą, jak się do niej odnosić, wkrótce stosunki wyrównują się i układają dobrze.

Jakże zatem należy postępować, aby pozyskać sobie chorego, jego rodzinę, lekarza?

W stosunku do chorego: bądźmy dobremi pielęgniarkami — dajmy z siebie jak najwięcej, nie żałujmy wysiłku, otoczmy go jak najlepszą opieką, odgadujmy jego pragnienia i nie dajmy mu nigdy odczuć zniecierpliwienia, zmęczenia, złego humoru. Zachowujmy się przytem z godnością, nie zapuszczajmy się w krytykę domu, rodziny, służby, lekarzy. Nie wdawajmy się w zwierzenia osobiste, nie zadawajmy niedyskretnych pytań. Nie narzucajmy się ze swoją osobą; gdy przyjdą goście lub rodzina, umiejmy się usunąć, zanim nas o to poproszą.

W stosunku do rodziny: nie róbmy sobą kłopotu, nie zajmujmy nikogo swoją osobą. Bądźmy uprzejme, usłużne nawet w tych rzeczach, które ściśle nie wchodzą w nasze obowiązki. Znam rodzinę, w której od kilkunastu lat wspominają pewną pielęgniarkę, która, pielęgnując przez dłuższy czas matkę domu, umiała zachować się tak przychylnie, jakby sama była członkiem rodziny. Gdy wypadło smażenie konfitur, gdy szyto nowe sukienki dla dzieci, gdy niespodziewanie przyszli goście, zawsze była gotowa pomóc, zakrzątnąć się, nie uchylając się od żadnej pracy przez prostą życzliwość tam, gdzie może inna obawiałaby się, że jej honorowi pielęgniarskiemu ubliżyłoby spełnienie czegoś, wychodzącego poza ścisły zakres jej obowiązków. Nie jest to dobra taktyka — nikogo nie zjedna napuszona mina i ciągłe stanie na straży zbyt wygórowanego poczucia honoru. Nie zapominajmy, że żadna praca człowieka nie hańbi, a już najmniej taka, która podjęta została przez wrodzoną potrzebę okazania drugim życzliwości, uprzejmości, pomocy.

Pracodawcom naszym należy się jeszcze i to, abyśmy sumiennie dbały o ich dobro przez staranne obchodzenie się z inwentarzem domowym, przez oszczędzanie światła, gazu, wody, bez marnowania ich niepotrzebnie — przez wielką oględność w używaniu leków, środków dezynfekcyjnych, materjałów opatrunkowych, bielizny i t. d. Pamiętajmy, że choroba i tak bardzo obciąża budżet domowy, i każdy niepotrzebny wydatek musi być pokryty z pieniędzy może ciężkim trudem zdobytych, czy zaoszczędzonych na czarną godzinę. Nie stawiajmy gorącego sterylizatora na politurowanej komodzie, nie trzymajmy doniczek z kwiatkami bez podstawek na stołach, nie wkładajmy pięknej poduszki z kanapy pod plecy pacjenta, gdzie może ulec przemoczeniu czy przepoceniu i t. d. i t. d. To zraża i rozgorycza właściciela mieszkania — i czyż nie słusznie?

Wreszcie — nośmy mundur i nośmy go starannie, wedle przepisów. To się należy pracodawcom, którzy umawiali się o pielęgniarkę, a nie o wyelegantowaną damę w najmodniejszej sukieneczce, w pantofelkach z wysokiemi korkami, z wymanicurowanemi paznokciami. Nie łudźmy się — ta elegancja w tych warunkach nikomu do gustu nie przypadnie. Dlaczego? Bo tego rodzaju strój przy pracy nie świadczy o poważnem pojmowaniu

obowiązków, nie wzbudza zaufania. O, gdyby pielęgniarki wiedziały, jak często brak munduru stanowi najważniejszy zarzut przeciwko nim ze strony rodziny! I nie można się temu dziwić. Nośmy nasz mundur z godnością, niech będzie zawsze świeży, czysty, kompletny od gumek na obcasach aż po świeży czepek, włożony na skromnie uczesane włosy — a przekonamy się, że już na pierwszy rzut oka zrobimy zawsze dodatnie wrażenie i pozyskamy zaufanie pacjentów i pracodawców. Przecież to strój i praktyczny, i higjeniczny, i — jeżeli dobrze noszony — nawet ładny, tak jak ładny jest każdy ubiór staranny, noszony w odpowiednim czasie na odpowiedniem miejscu.

Jest może jeszcze jeden czynnik, który odstrasza od pracy prywatnej, a jest nim fakt, że istotnie jest to praca wyczerpująca, wymagająca dużej wytrzymałości i fizycznej i nerwowej. Jeżeli pacjent jest ciężko chory, nieraz przez dłuższy czas pielęgniarka nie może liczyć ani na jedną noc nieprzerwanego wypoczynku, a i w dzień nie ma dość wolnego czasu, aby nadrobić to zmęczenie. Zdarza się, że czyto z powodu nieświadomości pielęgniarki, czy braku zrozumienia u rodziny pacjenta nie było przy umowie zaznaczone, ile wolnego czasu przysługuje dziennie pielęgniarce, i kto ją wówczas zastąpi. A jednak nie należy tego pomijać. Każdy z łatwością zrozumie, że nietylko przy tak zwanem „ciężkiem" pielęgnowaniu, które wymaga wstawania w nocy do chorego, ale nawet gdy pacjent jest lżej chory, pielęgniarka musi mieć przynajmniej 2 godziny w ciągu dnia wolne, aby się przejść, wyjść na chwilę z atmosfery przytłoczonego chorobą środowiska, zwolnić napięcie nerwów, a wreszcie — choćby się przespać. Nie należy odstępować od tego, chyba w wypadkach bardzo wyjątkowych, jak n. p. gdy lekarz poleci na krok pacjenta nie odstępować, lub gdy rzeczywiście któregoś dnia nie ma nas kto zastąpić. Jako powszechną regułę należy przyjąć, że pielęgniarkę winien ktoś z domowników zastąpić na dwie do trzech godzin dziennie, jeżeli pielęgnowanie obejmuje całą dobę. Rodzina powinna zrozumieć, że brak wolnego czasu odbije się ujemnie nietylko na zdrowiu pielęgniarki, ale i na sprawności jej pracy, a więc i na pacjencie samym. Należy jednak dążyć do tego, aby znaleźć wśród otoczenia jedną osobę, którąby stale zastępowała pielęgniarkę, którąby podczas zastępstwa objęła całkowitą odpowiedzialność za chorego. Bardzo jest niedobrze, jeżeli pielęgniarkę zastępuje codzień kto inny, i może stąd wyniknąć niejedna szkoda dla chorego.

Pielęgniarstwo prywatne jest rzeczywiście pracą zazwyczaj wyczerpującą, ale do pewnego stopnia to wyczerpanie równoważą przerwy pomiędzy pielęgnowaniami. Z drugiej strony, im dłuższe i cięższe jest pielęgnowanie, tem jego rezultat finansowy jest zazwyczaj lepszy, co z kolei pozwala na nieco dłuższy wypoczynek. Pielęgniarka prywatna, chcąc aby siły jej

nie wyczerpywały się szybko, winna bodaj więcej jeszcze, niż inna, dbać o higjeniczny tryb życia wtedy, gdy jest to możliwem, a więc w okresach przerw. Powinna starać się o dużą ilość snu, o racjonalne odżywianie, nie powinna zaniedbywać sportów i rozrywek na świeżem powietrzu. Będzie ona mogła wówczas zawsze stawać do pracy ze świeżemi siłami, i dawać z siebie jak najwięcej każdemu choremu, nie wyczerpując równocześnie swego zapasu zdrowia.

(dok. nast.)

Teresa Kulczyńska
Wicedyrektorka U. S. P. i H. w Krakowie

Medycyna w dawnej Polsce

W ostatnim rozdziale p. t. „Medycyna“ swej książki o obyczajach w Polsce w wiekach XVI—XVIII [1]), prof. Bystroń podaje niezmiernie ciekawe wiadomości o naszem dawnem lecznictwie i szpitalnictwie. Sądzę, że streszczenie tego rozdziału zainteresuje czytelników „Pielęgniarki Polskiej“.

Kto leczył?

Wydział lekarski Akademji Krakowskiej, niegdyś słynny, od XVII w. znajdował się w stanie zupełnego upadku; w r. 1770 cały wydział składa się z jednego profesora, który wykłady musi odkładać dla braku słuchaczy. Dopiero w 1780 roku fakultet medyczny podlega reorganizacji.

A w Warszawie? Pierwsza szkoła lekarska powstaje dopiero w r. 1789, a więc u kresu istnienia niepodległej Polski!

W braku lekarzy krajowych, sprowadzano zagranicznych. O poziomie tych lekarzy, przyjeżdżających wraz z powracającymi do Polski magnatami, lub też szukającymi łatwego powodzenia na własną rękę, świadczą najlepiej ogłoszenia z „Gazety Warszawskiej“ z drugiej połowy XVIII wieku. I tak dentysta francuski „ząb z gęby jednej osoby drugiej osobie tak wsadza, że się przyjmie i korzeń weźmie... wyjmuje bolejące zęby, ołowiem je napełnia i nazad wkłada tak, że się przyjmą“. Rozpowszechniane są cudowne likwory, uniwersalne balsamy, olejek, służący do leczenia gardła, zębów, wzmacniania włosów i tępienia pluskiew...

Bywali i lekarze z pełnem wykształceniem uniwersyteckiem, ale większość uczyła się jedynie praktycznie, przytem nie było wyraźnej różnicy między lekarzami, a „cyrulikami“, czyli „chirurgami“. Ci cyrulicy leczyli powszechnie aż do drugiej połowy XVIII wieku, kiedy to prawa leczenia określiło ustawodawstwo. Leczyli również aptekarze, oraz zakonnicy. Każdy klasztor posiadał zakonnika, zajmującego się miejscową infirmerją, apteką i leczeniem, sięgającem i poza mury klasztorne. Bulle papieskie zakazywały leczenia wyświęconym, lecz braciszkom wolno było niem się zajmować.

Oczywiście nie brakło znachorów i czarodziejów, bardzo zaś powszechnie lekarzem był — kat. Największą jednak rolę odgrywało lecznictwo

*) Jan St. Bystroń, Prof. Uniw. Jag. *Dzieje obyczajów w dawnej Polsce.* Wiek XVI — XVIII. Warszawa 1933, Trzaska Ewert i Michalski, str. 470.

domowe, leżące w rękach byłych wojskowych, starszych kobiet. Dopiero, gdy kuracja domowa zawodziła — wzywano lekarza.

Rolę akuszerek pełnią doświadczone, stare kobiety. W połowie XVIII wieku w domach zamożniejszych pojawiają się akuszerki Francuski, *madame'y*. W końcu XVIII wieku powstaje w Krakowie przy wydziale medycznym szkoła położnych o kursie trzyletnim, a władze zaborcze wymagają od akuszerek egzaminów.

Apteki znajdowały się tylko w większych miastach. Aptekarze uprzywilejowani, należący do swego cechu, walczyli z konkurencją aptekarzy



Puszczanie krwi — Drzeworyt ziołopisów XVI w.

pokątnych, przeważnie Żydów, zajmujących się nietylko wyrabianiem lekarstw, ale i trucizn, — a także cyrulików, którzy, przekraczając uprawnienie sprzedawania maści, potrzebnych im do opatrywania ran, praktykowali również w chorobach wewnętrznych i sprzedawali przeróżne leki.

Osobną gałąź aptek stanowiły apteki klasztorne, istniejące od wczesnego średniowiecza. Obsługiwały one nietylko same klasztory, ale i okolicę. Miały ułatwienia w sprowadzaniu lekarstw zagranicznych, i tak apteki jezuickie rozpowszechniły chininę zwaną w Polsce *pulvis jesuiticus*.

Długie czasy chodzili po Polsce „olejkarze", kupcy wędrowni, sprzedający różne leki; tych, zwłaszcza po większych miastach, uporczywie zwalczano.

Oczywiście aptek porządnych było niewiele, a więc po dworach szlacheckich i siedzibach magnackich istniały apteki, zaopatrzone w leki podręczne: kwiat lipowy, miętę, rumianek, suszone korzonki, sadła, driakwie z wężów, korzenie, wódki i nalewki.

Popularnym lekiem był bezoar (otrzymywany z wydzielin jelit koziorożca), oraz odwieczna „driakiew", środek spreparowany z kilkudziesięciu



Laboratorjum apteczne — Drzeworyt ziołopisów XVI w.

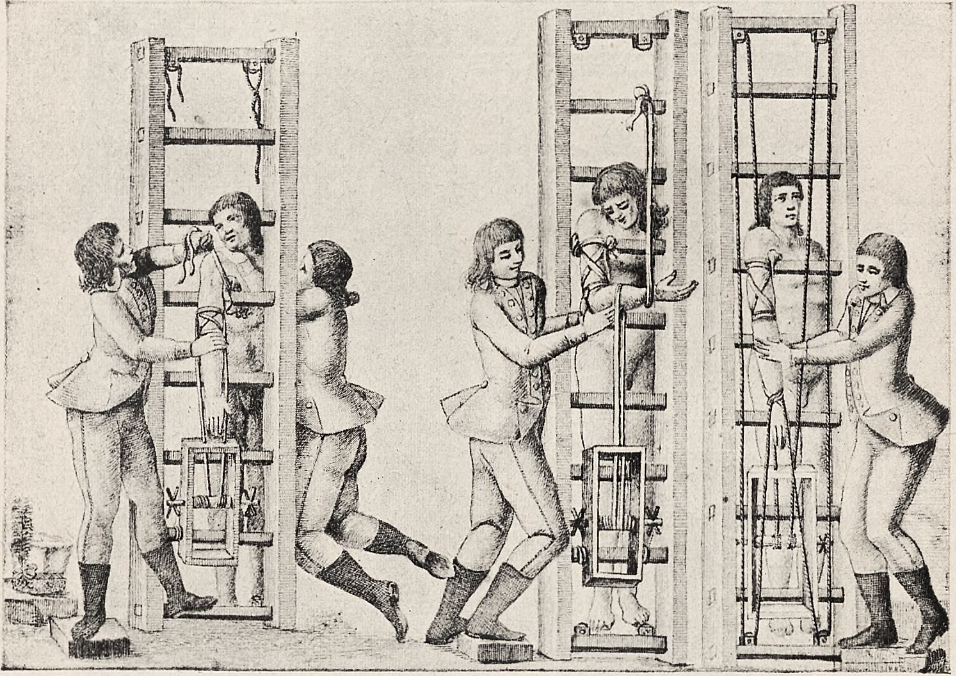
części, przedewszystkiem — z jadu żmii. Wielkie znaczenie przypisywano kopytu łosia, z którego wyrabiano bransolety i pierścienie, chroniące od padaczki i bólu głowy. Kobiety ciężarne opasywały się przeciwko poronieniu pasem ze skóry żubrzej, lub turzej; pas taki nosiła królowa Marysieńka i Marja Ludwika.

Powszechne były podróże w celach leczniczych. U podstaw tego zwyczaju leży religijna wiara w cudowne źródła, z których wiele zczasem nauka lekarska uznała za źródła lecznicze. Znano Iwonicz, Krynicę i Truskawiec.

Sobieski w tych słowach zachwala Marysieńce źródło siarczane w Szkle pod Jaworowem: „jest to woda, w której jest siarka i saletra, ale sama przez się jest zimna i pachnie jakby jajcami pieczonemi. Leczył się w tej wodzie nieboszczyk Władysław król i pomogła mu bardzo; opisał ją jeden doktór przedni".

Jeżdżono też i do uzdrowisk zagranicznych, do Karlsbadu, Badenu, Spa a także do Włoch. W końcu XVIII wieku zaczęto też jeździć nad Morze Czarne, oraz w góry, gdzie chorzy na płuca mieszkali w szałasach i pili żętycę.

Niezmiernie dużo było szpitali. Dawny szpital był instytucją odmienną od dzisiejszego. Szpitalnictwu przyświecała idea miłosierdzia chrześcijań-



Ilustracja do wykładów chirurgji prof. Czerwiakowskiego.

Zbiór Graficzny Bibl. Jag.

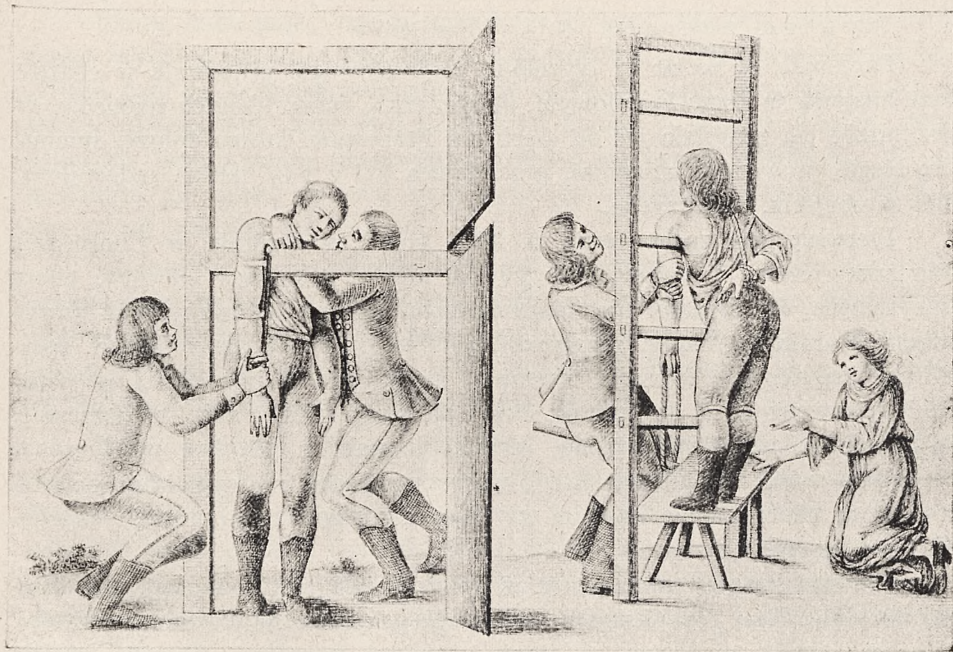
skiego, szpital więc był instytucją, przygarniającą wszelką nędzę ludzką, a więc nietylko chorych, lecz również ubogich, bezdomnych. Szpitale średniowieczne były przytułkami dla pielgrzymów, nędzarzy, opuszczonych dzieci, starców, a więc nie leczenie było głównym ich celem.

Szpital był ściśle związany z Kościołem i pozostawał pod zarządem proboszcza lub zakonu. Czasem, w większych miastach, nadzór nad szpitalami pełnili ludzie świeccy, prowizorowie, wybierani z pomiędzy rajców miejskich; na czoło jednak nadzoru wysuwała się zawsze władza kościelna.

Rozmaita była gospodarka szpitalna. Niektóre szpitale były prowadzone uczciwie i z poświęceniem, inne traktowane były przez zakony i prowizorów jako źródło dochodu.

Szpital był otwarty dla wszystkich nędzarzy, czasem jednak szukali w nim przytułku próżniacy, którzy woleli żyć sobie bez troski, niż pracować. To też dekrety biskupie musiały okiełznywać różne przekroczenia. I tak biskup Trzebicki, w 1670 roku, przeprowadzając reformę w szpitalu świętego Ducha w Krakowie stwierdza, że „między temi ubogiemi znajduje się wiele czerstwych, zdrowych... których żony częścią po wsiach i miasteczkach, częścią tu w samym Krakowie mieszkają... że tedy to niedyskretne takowych żonatych do tego szpitala przyjmowanie jest okazją takowym białogłowom do swawolnego życia, bo wtrąciwszy męża do szpitala, sama już się ma za uwolnioną..."

W ciągu całych wieków przy szpitalach najczęściej nie było opieki lekarskiej. Nieliczni wykwalifikowani lekarze kazali sobie drogo płacić,



Ilustracja do wykładów chirurgji prof. Czerwiakowskiego.

Zbiór Graficzny Bibl, Jag.

a pozyskać ich dla pracy filantropijnej było trudno. Lekarzy zastępowali więc cyrulicy, a zdarzało się, że jeden chory leczył drugiego.

Zczasem stan ten ulega poprawie. Dekret kardynała Lipskiego z 1739 roku dla szpitala św. Ducha zwraca uwagę na stronę lekarską. Rozdziela chorych wedle kategoryj i ustanawia szczegółowy regulamin. Nad łóżkami wiszą już karty z podaniem diagnozy i diety, prowadzi się księgę chorych, łóżka mają „dla ochędóstwa żelazne nogi", jako podściółki używa się, dla łatwości zmiany — słomy, na łóżku musi być materac, napchany wełną, dwie poduszki, koc podszyty, w zimie — pierzyny. Każde łóżko ma być osłonięte firanką, a odległość od łóżka do łóżka wynosić musi 3 łokcie. Między łóżkami stoi stolik oraz „wygoda dla natury należycie z przykry-

ciem sporządzona“. Lekarz rozstrzyga, czy chory może być wypisany. Chory jest przenoszony do szpitala zapomocą przenośnego łóżka.

„Przypuszczać należy,“ — konkluduje autor — „że regulamin ten, tak nowoczesny i wyprzedzający swą epokę, nie został nigdy w całej rozciągłości zrealizowany; w każdym razie świadczy on wymownie, że bywały intencje najlepsze i myśl rozsądna, brakło tylko konsekwencji w wykonaniu, nie starczyło pieniędzy, zawiedli ludzie“.

Streściła: *H. Chrzanowska* Abs. W. S. P.

Obserwacja chorego

Chora z rozpoznaniem: rozszczepienie jaźni o przebiegu cyklicznym.

Wywiad zebrany od rodziców

Pacjentka J. S. lat 21 wyznania mojżeszowego, pracowała w charakterze kasjerki w domu handlowym. Jedynaczka, córka ubogich rodziców, na utrzymanie ich zarabiała już od 4-ech lat. Pracowała bardzo dobrze, sumiennie; biegle prowadziła rachunki, pracodawca był z niej bardzo zadowolony. Miła w obejściu, towarzyska.

Pierwszy raz zachorowała w 1931 roku, w Szpitalu w Choroszczy była przez cztery miesiące. Na tydzień przed wybuchem choroby, chora była smutna, źle sypiała, nie miała apetytu, dała się zauważyć tak zwana zmiana charakteru, chora, zazwyczaj łagodna, stała się dla rodziców opryskliwą, niegrzeczną; wreszcie wystąpiło gwałtowne podniecenie i w takim stanie przywieziono ją do szpitala. Przez pierwszy miesiąc pobytu chora stale była podniecona, nieprzystępna, wszelki kontakt z nią był wykluczony. Nie jadała sama, musiano ją karmić wprost przemocą, nie sypiała po nocach. Stosowano chorej ciepłe kąpiele, trwające do 1 godz., po których uspokajała się i usypiała.

Przeszła kurację gorączkową w ilości 10 zastrzyków szczepionki durowej dożylnie. Stan psychiczny się poprawił, pacjentka pracowała w szwalni, wreszcie została wypisana w stanie zupełnej poprawy; poczem wróciła do pracy.

Obecna choroba zaczęła się również zmianą nastroju, pacjentka była przygnębiona, bez apetytu, nie sypiała, nie mogła pracować, często się „zamyślała“, na dzień przed przybyciem do szpitala była bardzo wesoła, śmiała się ciągle bez powodu.

Obserwacja pacjentki na oddziale

Chora przyjęta 4. XII. 1933 r. Fizycznie szczupła, wątła, budowy astenicznej.

Przy przyjęciu spokojna, nieco dziwaczna, „robi miny“ do lekarza, na pytania odpowiada, zorjentowana w czasie i miejscu. Pamięta, że już była w zakładzie przed dwoma laty, „a teraz przyjechała odpocząć, bo ją boli

głowa i żołądek“ (ostatnio miewała zaburzenia w trawieniu). Od czasu do czasu wybucha śmiechem, na pytanie, czemu się śmieje, odpowiada, „że jest zupełnie zdrowa i nic jej nie brakuje“.

Narazie przebywała jako chora spokojna, w pokoiku 2-osobowym. Jeden dzień zachowywała się poprawnie, potem zaczęła się ubierać w suknie swej sąsiadki, była nadmiernie ożywiona, biegała, wskutek czego przeniesiono ją na ogólną salę.

Na sali — pacjentka dziwaczna, nastrój wybitnie zmienny, naprzemian smutna, to znowu wesoła. Czasami występuje dość silne podniecenie ruchowe, chora biega po łóżkach, odbiera chorym jedzenie; stan taki jednak dość szybko mija samoistnie.

Chora jada mało, trzeba pilnować jej przy każdym posiłku, bardzo często wyrzuca potrawy przez okno, zapewniając, że już jadła. Na namowy: „Niech pani je, przecież pani chce być zdrową“, następuje odpowiedź: „Ja jestem zdrowa, ale ojciec mój zatknął mi pamięć w mózgu“ i wiele innych dziwactw tego rodzaju wypowiada, broniąc się przed jedzeniem. W nocy pacjentka nie sypia, śpiewa, zachowuje się hałaśliwie. Dostaje środki nasenne, jak weronal lub chloral.

Kontakt z chorą narazie był dosyć trudny, nie chciała rozmawiać, zajęta sobą, rozkojarzona, nie zwracała uwagi na pytania, albo dawała odpowiedzi bez związku. W momentach nadmiernego ożywienia zdejmowała suknię i biegała w bieliźnie bez zażenowania; nie chciała się myć, ani czesać. W stosunku do lekarza — kokieteryjna, poufała.

Z otaczającemi choremi kontaktu nie nawiązywała, na zachowanie innych nie zwracała uwagi, często stała w oknie i rozmawiała z sobą. Możliwe, że miewała omany słuchowe, gdyż często zatykała sobie uszy palcami; kiedy pytano, czy nie słyszy jakichś głosów, odpowiadała: „Lubię głosy szczególnie, jak ktoś ładnie śpiewa“. Podczas odwiedzin rodziców pacjentka była obojętna, niechętna, na płacz matki reagowała krzywieniem się.

Po tygodniowym pobycie, lekarze zaczęli stosować chorej kurację gorączkową. Co drugi dzień chora dostawała dożylnie injekcję szczepionki durowej w ilości od 0.1cm^3 do 1.0 cm^3, w sumie 10 zastrzyków, co stanowi jedną serję. Cała kuracja obejmuje 3 serje (ogółem 30 zastrzyków) z przerwami dziesięciodniowemi. Chora podczas zastrzyków wyrywała się, broniła, lekarza nazywała „mordercą“. Reakcja po zastrzykach dość silna, wśród dreszczów temperatura wznosiła się do 40°; w dnie zastrzyków chora nie jadała, natomiast dużo piła.

Po skończeniu I-ej serji pacjentka znacznie się uspokoiła; w dalszym ciągu pozostaje nieco dziwaczna, zmanierowana, w zachowaniu przebija teatralność, chęć zwrócenia uwagi na siebie. Kontakt z chorą nieco łatwiej-

szy, w czasie rozmowy nadal robi jakieś miny, grymasy, często odbiega od tematu, kojarzy niezrozumiale poszczególne słowa, po pewnym czasie wraca do zaczętego tematu. Na niektóre pytania daje odpowiedzi wymijające, np. nie przyznaje się, że miewa halucynacje słuchowe, a dlatego zatyka uszy palcami, że „wiatr jest głośny i jej pewno jest zimno w uszy“.

Po dwóch miesiącach przeszła z oddziału obserwacyjnego na oddział spokojny. Podczas pobytu na tym ostatnim oddziale bywała chwilami za wesoła, nadmiernie ruchliwa, czasami złośliwa w stosunku do innych chorych, którym zabierała ładniejsze pantofle lub suknie, robiła to jawnie, ze śmiechem, w formie żartu. Zanosiła się od śmiechu, gdy chore denerwowały się z tego powodu. Apetyt poprawił się; sypiała bez środków nasennych.

Po 10-dniowej przerwie zastosowano II-gą serję szczepionki, na którą reagowała nie tak silnie, przychodziła na zastrzyki sama, czasami podczas gorączki płakała.

Po II-ej serji zaczęła się dopominać o wypisanie, bo musi wrócić do pracy, a w szpitalu nudzi się. Od czasu do czasu znowu potrafiła przeleżeć cały dzień w łóżku bezczynnie, nie zwracając zupełnie uwagi na wszystko, co się dzieje dokoła niej.

Lekarze uznali, że wobec poprawy po drugiej serji szczepionek, trzecia jest już niepotrzebna. Natomiast polecili nakłonić chorą do jakiejś pracy. Dłuższy czas się opierała i mówiła, że będzie pracować, jak wróci do domu. Zostawiono ją narazie w spokoju, ale pielęgniarka często starała się z nią rozmawiać, w czasie rozmowy dało się zauważyć pewne zahamowanie myślowe, brak odpowiednich określeń, pacjentka namyślała się nad każdem zdaniem, co ją ogromnie mieszało, tak, że przestawała mówić.

Po kilku dniach zgodziła się obejrzeć szpitalną pracownię firanek. Zrazu kręciła się po pracowni, nie chciała wziąć igły do ręki, przyglądała się tylko robocie innych chorych. Chodziła tak przez dwa dni; nikt jej specjalnie nie zmuszał do pracy. Widząc kiedyś, że inna chora myli deseń, odebrała jej igłę i sama zaczęła wyszywać. Od tej pory pracowała niezmiernie pilnie, w pracowni była cicha, małomówna, może jeszcze zanadto zamknięta w sobie, ale z tego stanu łatwo ją było wyprowadzić, interesowała się otoczeniem, dbała o swój wygląd, zawsze czysta, uczesana, schludna. Z rozmowy z pacjentką można się było zorjentować, że pamięta swój poprzedni stan i niektóre okresy; o ile w stosunku do lekarza przedtem była poufała, o tyle teraz — zażenowana, nieśmiała. Podczas odwiedzin rodziców nakłoniła ich, by ją wypisali, lekarz zgodził się, ale pod warunkiem, że wyjedzie na odpoczynek.

Po miesięcznym wypoczynku znacznie się poprawiła fizycznie, a stan psychiczny wrócił do normy.

Obecnie pracuje już jako kasjerka w tem samem przedsiębiorstwie, co poprzednio. Narazie trudno jej było wciągnąć się do pracy, ale teraz jakość

jej pracy jest ta sama co przed chorobą. Podczas odwiedzin pielęgniarki w sklepie była trochę zmieszana. Mówiła, że się wstydzi ludzi, którzy ją widzieli w okresie choroby, o której mówi niechętnie. Ogólne samopoczucie zupełnie dobre.

Zofja Kępińska
Abs. U. S. P. i H. w Krakowie

Nadzór nad personelem pielęgniarskim
w Ameryce

Wiadomo powszechnie, i na to wszyscy się zgodzą, że najtrudniej wśród podległego nam personelu utrzymać stałe i trwałe zainteresowanie pracą, świeżość myśli, entuzjazm dla pracy i dążenie do jej udoskonalenia.

Obowiązki pielęgniarki czyto szpitalnej, czy społecznej składają się z szeregu czynności wprawdzie różnorodnych, lecz powtarzających się dzień w dzień, a zatem skłaniających do rutyny — tego wroga wszelkiej twórczości. Obowiązki pielęgniarki nie są tak zabójczo jednostronne, jak np. pracowników biurowych na stanowiskach pomocniczych, mimo to jednak z biegiem czasu mogą dać i dają pewną machinalność w ich pełnieniu i pewną nieczułość wobec otoczenia. A wiemy przecież, że pielęgniarka zmechanizowana i zobojętniała nie może spełnić swego zadania ani przy łóżku chorego, ani w pracy społecznej. Właśnie pielęgniarka, bardziej niż ktokolwiek inny, musi zachować świeżość umysłu i serca, bo stale ma do czynienia z istotami wrażliwemi i cierpiącemi; tymczasem praca jej, nieraz przekraczająca siły jednostki, ustawiczne stykanie się z nędzą i niedolą — sprawić mogą, że po pewnym czasie wszystko obojętnieje i stać się może wręcz nienawistne.

Co decyduje o tem, że w jednej organizacji lubimy pracować, a w innej nie? Należyte wynagrodzenie za pracę nie jest tu oczywiście jedynym czynnikiem. Aby człowiek dobrze i wydajnie pracował, musi mieć następujące warunki: uczucie, 1) że praca jego jest należycie oceniana (uznanie przełożonych, współkolegów, ludzi, dla których pracuje), odpowiednie wynagrodzenie; 2) że pracę swoją i siebie samego może stale rozwijać i doskonalić (że „rośnie w pracy“ — jak się wyrażają Anglicy) i 3) że posiada perspektywę, czyli pewien cel, np. dokonanie jakiegoś dzieła, wybicie się na jakieś stanowisko dzięki osobistym wartościom.

Warunki powyższe powinni umieć stworzyć przedewszystkiem przełożeni, którym zależy na doborze personelu, ale także i jednostki, pracujące w pojedynkę, które jako pionierki muszą same wychować siebie i swych bezpośrednich i pośrednich zwierzchników, aby umożliwić pracę sobie i swoim następcom.

Jakie są czynniki, umożliwiające stworzenie powyższych warunków? Po pierwsze — umiejętny nadzór, powtóre — dalsze kształcenie personelu pracującego.

W niniejszym artykule zajmę się nadzorem, a w następnym przedstawię możliwości dalszego kształcenia się, czy dokształcania.

Zaznaczam, że nie wszystko, co przedstawię, wypływa z mojego osobistego doświadczenia w pracy. Jednak podczas blisko dwuletnich studjów i obserwacyj w Stanach Zjednoczonych miałam możność obserwacyj, przemyśleń, porównań, miałam możność zaznajomienia się z naukową stroną nadzoru i jego środkami, a widząc wyniki, musiałam dojść do wniosku, że środki te są dobre i pożyteczne. Pewna jestem, że niejedno i u nas dałoby się zastosować, tem więcej, że jeśli miałam kiedykolwiek dodatnie wyniki w pracy instruktorskiej, czy pedagogicznej, to właśnie dzięki metodom nadzoru, stosowanym przezemnie wówczas intuicyjnie.

Przedewszystkiem muszę wyjaśnić pojęcie nadzoru w Ameryce. Niema tam w żadnej dziedzinie pracy nienadzorowanej.

W szpitalu nad pielęgniarką salową stoi oddziałowa, nad tą ostatnią — inspektorka, nad niemi wszystkiemi — przełożona, podlegająca dyrektorowi szpitala. Ten także nie jest bez nadzoru: kontroluje go grono kuratorów, a tych — opinja publiczna.

Podobnie jest w pielęgniarstwie społecznem. Mniejsze instytucje, zatrudniające pojedyncze pielęgniarki albo angażują wspólnie jedną „naczelną", albo zwracają się do jakiejś większej instytucji, prosząc o nadzorowanie ich pielęgniarki. Nie wypływa to z nieufności względem pracownika, lecz z przekonania, że żaden człowiek na żadnem stanowisku nie może być pozostawiony samemu sobie, bo mogą być wypadki, w których nie da sobie rady, a nie czas radzić nad poprawą, gdy wszystko poszło w gruzy, — poza tem nie każdy posiada dostateczny samokrytycyzm, nie każdy w końcu zdobędzie się na oglądanie bliskich sobie spraw w perspektywie, na którą zdobędzie się ktoś stojący z boku.

Osoby nadzorowane nie patrzą na swych kierowników, jako na nieufnych kontrolerów, doszukujących się dziury w całem, ale jako na tych, od których można oczekiwać pomocy w trudnych wypadkach, a zawsze — sprawiedliwej oceny.

O sposobach i rodzajach nadzoru napisano w Ameryce całe tomy. Nadzorowanie stało się wiedzą, wykładaną na uniwersytetach przy każdej specjalności.

Posłuchajmy, jak określa nadzór Burton [1]): „Nadzór jest służbą, mającą na celu podniesienie wartości pracy podwładnych. Głównym celem nadzoru jest umożliwienie im rozwoju duchowego przez uczenie ich inicjatywy, odpowiedzialności, samodzielnego myślenia, samodzielnej pracy i t. d.". Wszyscy autorzy zgadzają się, że nadzór dobrze pojęty składa się z czterech

*) Burton, „*Supervision*" A. I. N. August 1930; str. 1045.

czynności: 1) inspekcji, 2) wyrównywania braków, t. j. kształcenia, 3) pieczołowitej opieki, 4) badań porównawczych.

1) Inspekcja. Jest to zebranie faktów dla oceny sytuacji i zorjentowania się, jak praca idzie, przez kogo i jak jest wykonywana, jakie jej gałęzie leżą odłogiem, jakie są braki i potrzeby w rozkładzie obowiązków, godzin, regulaminie, ekwipunku i t. d., dla poznania słabych stron i zaniedbań, w celu poprawienia sytuacji, lub personelu. Sposoby zbierania faktów są różne: wywiady z pracownicami, obserwacja ciągła i dłuższa, lub przerywana, ale częsta, poza tem testy i oceny. Inspekcja musi być przeprowadzana objektywnie, bez kierowania się sympatjami lub antypatjami, taktownie i ze znajomością rodzaju prac obserwowanych. Jest bardzo ważne, aby osoba nadzorująca potrafiła zyskać podczas inspekcji zaufanie, sympatję i współdziałanie podwładnych, bo to będzie niezmiernie potrzebne przy wykonywaniu dalszych funkcyj nadzoru.

2) Wyrównywanie braków, — szkolenie. Po dokonaniu inspekcji, należy zrobić listę wszystkich braków i niedostatków, dotyczących zarówno samej instytucji, jak i personelu; uszeregować je w zależności od ich ważności, stawiając podstawowe na pierwszem miejscu, — a potem kolejno pracować nad ich usunięciem. O ile chodzi o braki wśród samego personelu, to należy wypracować sobie plan przeszkolenia, czy doszkolenia podległych sobie osób. Szkolenie to może być bezpośrednie lub pośrednie.

Bezpośrednie — przez danie okazji do wykonania czynności, których dana osoba albo nie umie wykonać, albo spełnia niedość dobrze, z jednoczesnem zwróceniem uwagi na popełniane błędy i demonstracją właściwego wykonania i zachęceniem do ćwiczenia się we właściwem wykonywaniu.

Szkoleniem pośredniem będzie dostarczenie odpowiedniej lektury uzupełniającej braki, konferencje, czasem umożliwienie odpoczynku czy poddanie kulturalnych rozrywek.

3) Pieczołowita opieka — to rozbudzanie inicjatywy i odpowiedzialności, chęci rozwijania i polepszania jakości pracy, doskonalenia własnych praktycznych czy też umysłowych uzdolnień. Dalej — pobudzanie do osiągania celu coraz to wyższego. Środkami do tego będą: zachęcanie do samodzielnego myślenia, ocenianie pomysłowości, radzenie się podwładnych, rozwijanie poczucia odpowiedzialności, bezstronna ocena osób zdolnych i ambitnych i okazywanie im pomocy i zrozumienia dla ich poczynań.

4) Badania porównawcze przeprowadzane są bezpośrednio na zagadnieniach danej organizacji. Polegają na skrzętnem notowaniu wyników jakiegoś nowego zarządzenia, czy sposobu wykonywania pracy, na porównywaniu ich z poprzedniemi i wysnuwaniu na tej podstawie właściwych wniosków. Takie badania i celowe eksperymenty pozwalają na wypracowywanie najlepszych metod pracy w danych warunkach. Obznajmianie

zaś personelu pracującego z temi badaniami przyczynia się do zwiększenia jego zainteresowania, rozbudzania myśli twórczej i pomysłowości.

Wszyscy niemal autorzy w dyskusji nad cechami kierowniczki czy kierownika wysuwają następujące wymagania:

Kierowniczka musi być przystępna, wyrozumiała i życzliwa dla ludzi wogóle, a dla podległych sobie w szczególności. Musi być niezmiernie grzeczna i taktowna wobec wszystkich bez względu na ich stanowisko. Powinna udzielać pracowniczkom pomocy, gdy tego potrzeba. Musi wzbudzać u nich zaufanie i pewność, że same znają dobrze powierzoną im pracę, że każda z nich jest ekspertem w swoim dziale. A przedewszystkiem, jeśli pragnie być dobrą, t. j. mogącą się poszczycić rzeczywistemi wynikami kierowniczką, musi być bezstronna i konsekwentna; nie powinna być arbitralna, raczej powinna posiadać zdolność sugerowania innym swoich życzeń i planów tak, by się one stały zgodnemi planami i pragnieniami całej grupy, a nie wydawały się „widzimisię“ samej kierowniczki. Powinna posiadać zdolność rozbudzania umiejętności współpracy.

Jak te wszystkie zasady będą wyglądały w praktyce?

Powiedzmy, że obejmujemy stanowisko kierownicze czyto starszej pielęgniarki w Ośrodku zdrowia, czy przełożonej szpitala, czy wojewódzkiej instruktorki. W zależności od rozmiaru, czy rozległości placówki, musimy zakreślić sobie zgóry czas dla zapoznania się dokładnego ze stanem faktycznym i uprzedzić swoich zwierzchników, a czasem i podwładnych, że narazie żadne zmiany nie będą przeprowadzane. Oczywiście, zagadnienia będą różnorodne: braki materjalne, w inwentarzu, brak środków na zakupienie potrzebnych rzeczy, niewykwalifikowany lub tylko niechętny, czy rozgoryczony personel, niezrozumienie u władz wyższych, rozprzęgnięta służba, nieodpowiedni lokal.

Niektóre z tych zagadnień uda się nam rozwiązać, inne, nawet bardzo ważne, mogą być nie do rozwikłania.

W planie zatem pracy nad polepszeniem musimy sobie zakreślić kilka kierunków i równolegle a równocześnie pracować. Np. może się zdarzyć, że główną trudnością jest ciasny, nieodpowiedni i brudny lokal, którego zmienić nie można. Czy dlatego pozwolimy, aby służba źle sprzątała, pielęgniarki spóźniały się i były niegrzeczne dla chorych? W takich wypadkach należy zrobić wszystko, co się nam nasuwa na najbliższych odcinkach i, nie tracąc głównego celu — zmiany lokalu, przygotowywać teren, opinję i ewentualnie środki dla przeprowadzenia pożądanej zmiany.

Oczywiście, że częstokroć przygotowywanie zmiany może trwać lata. Dobrze jest w każdym przypadku wypracować plan maksymalny i minimalny na najbliższą przyszłość. Gdy minimalny zostaje osiągnięty, nowe minimum stawiamy sobie jako cel. Takie planowanie jest dobre nietylko dla podwładnego personelu, ale przedewszystkiem dla samej kierowniczki,

bo zmusza ją ciągle do czujności nad potrzebami instytucji i broni od popadnięcia w rutynę.

Sposoby dokształcania personelu podam w następnym artykule, teraz tylko chcę podkreślić, że należy dokładnie poznać ludzi, z którymi się ma do czynienia. Czasem drobnostki, jak zmiana dyżuru, oddziału czy poradni, udzielenie paru dni urlopu, pozwolenie na wyżalenie się przed sobą, doradzenie w jakichś trudnościach materjalnych czy moralnych, wreszcie dostarczenie rozrywki, czy też poprostu okazanie zainteresowania czy współczucia — jednostkę oporną, niechętną w pracy zamienia w pracownika oddanego, sumiennego i chętnego. Dyskrecja, życzliwość, bezstronność i spokojna stanowczość muszą być cechą każdej „starszej".

Gdy chodzi o personel niewykwalifikowany, to jasne wytłumaczenie, pokazanie i dokładne stopniowe pouczanie bardzo dużo zmian na lepsze może wprowadzić. Postawa starszej pielęgniarki, wyrażająca zaufanie, życzliwość, chęć pomocy w trudnościach i wyrozumiałość na niezupełnie udane wysiłki bezwzględnie przyniosą lepsze rezultaty, niż ustawiczna niechętna krytyka, która często paraliżuje osobniki wrażliwsze lub mniej zrównoważone — i wtedy wszystko gorzej idzie, niż powinno.

Uważam, że w krytyce należałoby się trzymać następujących zasad: robić uwagi rzeczowe, nie ogólnikowe; krytykując, wskazać co i jak powinno być zrobione zamiast czynności ganionej. O ile konkretnie nie możemy wskazać zła lub środka poprawy, lepiej tej sprawy nie poruszać, aby nie wzbudzać rozgoryczenia.

Dobrze jest przed udzieleniem nagany wskazać na dodatnie strony danej osoby i podkreślić, że właśnie one nie powinny pozwolić jej robić innych rzeczy źle. Budzi to ambicję i dodaje bodźca do dalszej pracy nad sobą.

Poprawianie braków personelu łączy się ściśle z pieczołowitą opieką nad jego rozwojem duchowym. To także zazębia się o dokształcanie i odkładam to do następnego artykułu. Tutaj tylko powiem, że nie należy planować pracy i wskazywać lub narzucać sposobów wykonywania czynności zbyt szczegółowo, bo to zabija wszelką inicjatywę i odpowiedzialność pracowniczki. Raczej należałoby wskazać trudności i wezwać ją, aby sama przedstawiła sposób ich rozwiązania. Trzeba zmuszać do samodzielnego myślenia, twórczości, ruchliwości, a nie deptania utartem korytkiem i bezmyślnego „powtarzania pacierza za panią matką".

Oczywiście, może się nasunąć wątpliwość, że jeśli wszystkie nasze podwładne nauczą się samodzielnie myśleć, to przestaną być „podwładnemi", a mogą nawet zająć nasze miejsca. Mam wrażenie, że dążeniem każdej instruktorki, starszej, czy przełożonej powinno być to, aby z pod jej ręki wyszła jak największa liczba jednostek zdolnych do objęcia kierowniczych czy też samodzielnych stanowisk. Ilość ich będzie stanowiła o jej wartości.

Marną jest ta kierowniczka, która nie umie sobie przygotować następczyni. A tak mało jest naogół ludzi, chcących z własnej inicjatywy brać odpowiedzialność, że niema powodu obawiać się o swoją „władzę“.

„Nikt mnie nie zrobi głupszą, niż jestem“ — mawiała miss Grace Anderson, profesorka pielęgniarstwa społecznego w uniwersytecie Columbia w Nowym Yorku i dyrektorka dużego szkolnego ośrodka zdrowia — „natomiast, dyskutując ze swemi współpracowniczkami czy studentkami, staję się mądrzejszą, niż byłam“.

Janina Masiewiczówna,
Abs. W. S. P.

Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy

IX Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Warszawie w dn. 4, 5 i 6 września b. r. Program zawiera 3 zasadnicze referaty: 1) Zmienność biologiczna zarazka gruźliczego, prof. Karwacki (Polska); 2) Postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie, prof. Putti (Włochy); 3) Wykorzystanie poradni w leczeniu gruźlicy, prof. L. Bernard (Francja).

Do tematu biologicznego zostali zaproszeni następujący koreferenci: Prof. J. van Beneden (Belgja), prof. P. Courmont (Francja), Dr. F. van Deinse (Holandja), prof. B. Lange (Niemcy), Dr. E. Long (Stany Zjednoczone Am. Płn.), Dr. Y. Nedeljkovic (Jugosławja), Dr. E. Piasecka - Zeylandowa (Polska), Dr. A. Saenz (Urugwaj), prof. K. Schlossman (Estonja), prof. J. Valtis (Grecja).

Do tematu klinicznego zaproszono następujących 10 koreferentów: Prof. F. Bezançon (Francja), Dr. O. Chievitz (Danja), prof. E. Erlacher (Austrja), Dr. Gebhardt (Niemcy), Dr. L. Hyde (Stany Zjednoczone A. P.), Dr. Maffei i Dr. Delchef (Belgja), Dr. A. J. Palmen (Finlandja), prof. Rollier (Szwajcarja), Dr. H. Waldenström (Szwecja), prof. A. Wojciechowski (Polska).

Na liście koreferentów do tematu społecznego figurują następujące nazwiska: Dr. Th. Begtrup - Hansen (Danja), Dr. K. H. Blümel (Niemcy), Dr. K. Dąbrowski i Dr. Cz. Wroczyński (Polska), Dr. Pergus Hewat (Anglja), prof. Ilvento (Italja), Dr. L. Koganas (Litwa), Dr. J. A. Miller (Stany Zjednoczone Am. Płn.), Dr. M. Nasta (Rumunja), Dr. Cepulic (Jugosławja), Dr. J. Vcelak (Czechosłowacja).

Ponadto odbędą się odczyty: M. A. Kingsbury (Stany Zjednoczone Am. Płn.) p. t. „Dodatkowe metody walki z gruźlicą w okręgu wiejskim o niskiej umieralności z gruźlicy“; Dr. Skokowskiej - Rudolf i Dr. Miłosza Grodeckiego (łącznie) „Stan walki z gruźlicą w Polsce“.

Po zakończeniu Zjazdu, program przewiduje 3 wycieczki: 1) do Krakowa i górskich stacyj klimatycznych (Zakopane, Szczawnica i inne), 2) do Lwowa i na Huculszczyznę i 3) do Ciechocinka, Torunia i Gdyni.

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego („*Membres Conseillers*“ i „*Membres Titulaires*“) są zaproszeni na Zjazd i nie opłacają wpisu, otrzymują oni bezpłatnie pamiętnik Zjazdu; członkowie ci są proszeni o nadesłanie zgłoszeń za pośrednictwem swego rządu, lub centralnej orga-

nizacji przeciwgruźliczej swego kraju, lub wreszcie bezpośrednio do Komitetu Organizacyjnego Konferencji — ul. Chocimska 24, Warszawa; względnie do Sekretarjatu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego (Boulevard St. Michel 66, Paris VI), skąd będą one przesłane do Warszawy.

Osoby, które nie są członkami *Union Internationale* (Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego), a pragnęłyby wziąć udział w Konferencji wpłacają określoną składkę i zgłaszają się wyłącznie za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie — ul. Chocimska 24.

Każdemu członkowi Zjazdu mogą towarzyszyć osoby z rodziny, które korzystją z tych samych co członkowie ułatwień za opłatą 20 zł.

Na czele Polskiego Komitetu Organizacyjnego, który działa w porozumieniu z sekretarjatem Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego stoi Dr. Eugenjusz Piestrzyński, podsekretarz stanu Min. Opieki Społecznej i Prezes Zjazdu.

Komitet Organizacyjny IX Zjazdu
Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego

Kronika Pielęgniarska

Z WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA

SPRAWOZDANIE ZA 1933 ROK

wygłoszone przez dyrektorkę Szkoły, p. Zofję Szlenkierównę na uroczystości rozdania dyplomów, dnia 29 kwietnia 1934 roku (w streszczeniu).

Rok sprawozdawczy 1933 przeżyła Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa, podobnie jak rok poprzedni, pod znakiem wzmożonej oszczędności, nakazanej wymaganiami trwającej nadal trudnej sytuacji ekonomicznej.

Jednak, pomimo utrzymania zasady intensywnych oszczędności, starano się umożliwić dalszy rozwój żywotnego i rozrastającego się organizmu Szkoły.

W myśl powyższego zaszedł w roku sprawozdawczym, 12-ym z szeregu, ważny fakt dla historji Szkoły, mianowicie na posiedzeniu Rady Fundacji dn. 20 grudnia, na wniosek Zarządu Szkoły, zapadła uchwała, by okres trwania kursu przedłużyć z dotychczasowych dwu lat i 4 miesięcy do lat 2 i pół. Jest to fakt ważny sam w sobie, oraz znamienny tem, że dowodzi ciągłego postępu i rozwoju pracy pielęgniarskiej, której zakres wciąż się rozszerza i pogłębia, domagając się w związku z tem rozleglejszego i gruntowniejszego przygotowania słuchaczek. Ta nieustająca rozbudowa pracy pielęgniarskiej wysunęła potrzebę wprowadzenia w najbliższej przyszłości do programu Szkoły praktyki w dziale pielęgnowania obłożnie chorych w domu i w dziale chorób zakaźnych, zaś jako sprawę dalszą — praktykę w dziale psychjatrji.

Celem umożliwienia słuchaczkom Szkoły praktyki w tych działach, narzucało się zatem jako pierwszy warunek zdobycie jeszcze dla programu Szkoły przynajmniej dwu miesięcy ponad dotychczasowy okres 28 miesięcy.

Okres praktyki szpitalnej trwał dotychczas 14 miesięcy, obejmując działy chorób wewnętrznych, chirurgicznych, ginekologicznych, osesków, salę operacyjną i ambulatorjum chirurgiczne, obecnie, dzięki ostatniej uchwale Rady Fundacji, będzie można przedłużyć ten okres 4-tygodniową praktyką w dziale chorób zakaźnych, zaś praktyka w dziale pielęgniarstwa społecznego, trwająca 4 miesiące, uzupełniona zostanie 4 tygodniową praktyką w dziale pielęgnowania obłożnie chorych w domu.

Wobec tego program przewiduje następujące okresy:

teorja	8 miesięcy
praktyka szpitalna	15 „
praktyka w pielęgniarstwie społecznem .	4 „
pielęg. obłożnie chorych w domu . .	1 „
wakacje	2 „
Razem	30 miesięcy

Jako teren dla praktyki słuchaczek w dziale chorób zakaźnych obrane zostały oddziały obserwacyjny i błoniczy Szpitala im. Karola i Marji dla dzieci. — Zaś po porozumieniu się Dyrekcji Szkoły z Dyrektorem Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Magistratu, Dr Wroczyńskim i uzyskaniu jego łaskawego zezwolenia, terenem praktyki słuchaczek w dziale obłożnie chorych w domu będzie 8-a Stacja miejska Opieki Społecznej. — Instruktorką tego działu została P. Helena Rosińska, absolwentka szkoły Pielęgniarstwa im. Florence Nightingale w Bordeaux, dla której Dyrekcja Szkoły wyjednała roczne stypendjum u Fundacji Rockefellera, celem odbycia specjalnych studjów w Stanach Zjednoczonych. — Po powrocie z odbytych studjów rozpoczęła P. Rosińska pracę swą w listopadzie roku sprawozdawczego, jako pielęgniarka 8-mej miejskiej stacji opieki społecznej z tem, że po zorganizowaniu przez nią pracy, po upływie kilku tygodni, będą jej przydzielane kolejno słuchaczki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa na okres 4-otygodniowej praktyki w tym dziale.

Z przyjemnością stwierdzić możemy, że dotychczasowe zainteresowanie Warszawską Szkołą Pielęgniarstwa nie ustało i w roku sprawozdawczym i wyraziło się pokaźną liczbą zwiedzających, mianowicie:

z kraju	22 osoby
w postaci 11 wycieczek	272 „
z zagranicy	64 „

Należy tu nadmienić, że w liczbie 64 cudzoziemców znajduje się stypendystka Ligi Narodów, Chinka, P. Pon Jen, która spędziła w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa okres dwu miesięczny, celem zapoznania się z organizacją szkolnictwa pielęgniarstwa społecznego w Polsce.

Cyfry poniżej przytoczone wykazują liczbę dni, przepracowanych w różnych zakładach i poszczególnych działach, gdzie słuchaczki przechodzą kurs praktyczny:

		Przeciętna liczba słuch. na prak. dz.
Kl. chorób wewnętrznych	4832	13.2
„ „ ginekologiczna . . .	4493	12.3
„ położnicza	4535	12.4
Sala oper. i opatr.	1076	2.9
Oddział osesków szpit. Karola i Marji .	2047	5.6
Ośrodek Zdrowia	3257	88.9
Ambulat. chirurgiczne	857	2.3
Kuchnia dietetyczna	805	2.2
Chirurgja w Szp. im. Karola i Marji .	2535	6.9
Dyżur specjalny	22	
Ogólna liczba	24458	

Wykłady teoretyczne prowadzone były przez 10 miesięcy bez przerwy za wyjątkiem Świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocy.

Liczba godzin wykładowych w różnych klasach dosięgała 1990,5, co czyni tygodniowo przeciętnie 38,2.

W okresie tym przepracowano w salach wykładowych 11.430 dni przy liczbie 506 słuchaczek, odbywających wykształcenie teoretyczne.

Odbyto wycieczek do różnych instytucyj 10.

Przeciętna liczba instruktorek wraz z dyrektorką była 21, z których jednak na pełnym etacie Szkoły jest 13, pozostałych zaś 8 instruktorek jest na etacie instytucyj, na których terenie, jako na terenie szkolnym, odbywają słuchaczki praktykę.

Przeciętna liczba słuchaczek była w roku sprawozdawczym 114.8, t. j. wzrosła w porównaniu z ubiegłym 1932 r. o 8 słuchaczek.

Wpływy Szkoły za rok 1933 były następujące:

Departament Służby Zdrowia M. O. Sp.	zł.	43.585	19.47%
Magistrat m. st. Warszawy	zł.	52.650	23.52%
Ministerstwo Opieki Społecznej	zł.	22.000	9.84%
Kasa Chorych m. Warszawy	zł.	12.000	5.36%
Zwrot za wpływy od słuchaczek	zł.	83.168	37.17%
Z klinik za pracę instruktorek	zł.	7.134	3.18%
Różne wpływy	zł.	3.255	1.46%
Ogółem	zł.	223.792	

Przeglądając powyższe cyfry, interesującem będzie zwrócenie uwagi na fakt, że i w tym roku utrzymuje się nadal postęp na drodze samowystarczalności Szkoły wobec tego, że w roku sprawozdawczym subwencje od instytucyj wyniosły razem 58.25% ogółu wpływów, co czyni 1.78% mniej, niż w roku ubiegłym 1932, zaś wpływy z opłat słuchaczek, zwrot za pracę instruktorek oraz inne wpływy wyniosły ogółem 41.75%, w czem opłaty słuchaczek wyniosły 37.17%.

Suma wydatków w ciągu roku sprawozdawczego 1933 wyniosła zł 288.345.52. Ogólna liczba dni słuchaczek w ciągu roku była 41.916; całkowity zatem koszt kształcenia jednej słuchaczki rocznie wyniósł 1988.15 zł.

Przeciętny koszt wyżywienia jednej osoby w produktach surowych wyniósł dziennie 1 zł 23 groszy.

Liczba zgłoszeń kandydatek w ciągu roku wyniosła 291, w tem podań było 147, z tych ostatnich przyjęto:

Liczba przyjętych:		Przeciętny wiek	Przeciętny cenzus wyksz.
3-go marca	21	24:5	7:33 klas
13-go października	38	22:4	7: 5 klas

W dniu 19-go lutego odbyła się w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa uroczystość wręczenia dyplomów 41 absolwentkom. — Ogólna zatem liczba dyplomowanych pielęgniarek od początku istnienia Szkoły wynosi obecnie 288.

Dni choroby słuchaczek było 656, dni wakacyj i urlopów zdrowotnych — 5372.

Z powyższego wynika, że dni choroby wyniosły w roku sprawozdawczym 1.56% wszystkich dni słuchaczek. Stan zdrowotny słuchaczek jest w dalszym ciągu zadowalniający, co stwierdza systematycznie prowadzona krzywa wagi słuchaczek. W tym roku również nie było zachorowań o charakterze nagminnym.

Posiedzeń Zarządu Szkoły było w roku sprawozdawczym 5, przyczem Zarząd nie ogranicza się do brania udziału w obradach, ale okazuje stale żywe zainteresowanie sprawami Szkoły; w wypadkach zdarzających się większych trudności, Dyrekcja znajduje zawsze ze strony Zarządu niezawodną pomoc i radę, pełną zrozumienia dobra Szkoły.

Dzięki staraniom i zabiegom zawiązanego przy Szkole w 1931 roku Towarzystwa Przyjaciół Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa sześciu niezamożnym słuchaczkom umożliwione zostały wywczasy letnie, zaś 11 korzystało z zasiłków pieniężnych.

Zestawienie pracy 288 absolwentek W. S. P. w 1933 r. jest następujące:

Referat Pielęgniarski przy Dep. Służby Zdrowia . .	2
W pięgniarstwie społecznem	143
W zakładach leczniczych	73
W szkołach pielęgniarstwa	23
Pielęgniarstwo prywatne	1
Na dalszych studjach	1
W zakonach	7
Nie pracuje	29
Ogółem	288

Ściślej:

W szpitalach w Warszawie	45
W szpitalach poza Warszawą	28
Ogółem	73
W pielęgniarstwie społecznem w Warszawie	99
W pielęgniarstwie społecznem poza Warszawą . . .	44
Ogółem	143

W porównaniu z ubiegłemi latami zaznaczył się w roku sprawozdawczym wzrost podań o całkowite stypendja. Jest to zrozumiałem na tle przedłużającego się kryzysu ekonomicznego, który obejmuje coraz to szersze warstwy społeczne. Subwencje, udzielane Szkole przez Ministerstwo Opieki Społecznej i Ubezpieczalni pozwalają na przyznawanie corocznie około 7 stypendjów. W roku 1933 większość podań tak pod względem cenzusu naukowego, jak i pod względem ogólnych kwalilifikacyj mogła być zaliczona do najlepszych. Byłoby zatem wysoce pożądanem pozyskanie dla Szkoły większej ilości miejsc stypendjalnych, by nie tracić dla zawodu pielęgniarskiego wybitniejszych niejednokrotnie jednostek.

Z radością podkreślić należy fakt, że stwierdzany w wielu dziedzinach pracy zastój, w dziedzinie pracy pielęgniarskiej nie daje się odczuwać, czego dowodem wzrastające z każdym rokiem zapotrzebowanie absolwentek, o które różne instytucje z kraju całego do Szkoły się zwracają. Niejednokrotnie nawet z braku wolnych absolwentek żądaniom tym Szkoła nie umie zadośćuczynić. Świadczy to o zaufaniu do Szkoły i do jej absolwentek oraz jest dowodem wzrastającej w społeczeństwie oceny wartości, jaką w dziedzinie pielęgniarskiej przedstawia pielęgniarka o pełnem zawodowem wyszkoleniu.

W związku z dążeniem Szkoły do rozszerzania całokształtu wyszkolenia słuchaczek równolegle i zależnie od rozwijającej się rozbudowy pracy pielęgniarskiej, wysuwa się sprawa wprowadzenia do programu Szkoły praktyki pielęgniarskiej

słuchaczek w dziale chorób umysłowych. Wykłady z tej dziedziny istnieją już od szeregu lat. Sprawa ta staje się tembardziej aktualną, że ponawiają się zgłoszenia do Szkoły ze strony dyrektorów zakładów psychjatrycznych z zapotrzebowaniem absolwentek, dyrektorowie ci bowiem dążą do zapewnienia chorym psychicznie inteligentnej opieki pielęgniarek o pełnem zawodowem wyszkoleniu.

Zadaniem Zarządu i Dyrekcj Szkoły na najbliższą przyszłość byłoby włączenie do programu praktyki w dziale pielęgnowania chorych umysłowo, oraz pielęgnowania obłożnie chorych.

DYPLOMY OTRZYMAŁY:

KURS 21:

PP. Władysława Bronczewska
Irena Bukojemska
Zofja Burghardówna
Przemysława Cieplińska
Irena Czechowiczówna
Janina Głowacka
Kazimiera Gołębianka
Bronisława Jaroszyńska
Felicja Krajewska
Irena Leszczyńska
Janina Lipińska
Zofja Makowska
Cecylja Oklińska
Kazimiera Pasternakówna
Marja Pągowska
Zofja Pągowska
Jadwiga Penkalanka
Mieczysława Szymańska

KURS 22:

PP. Czesława Białkowska
Zofja Bogatkowska
Wiktorja Brzoskówna
Wanda Czajkowska
Wanda Dąbrowska
S. Zofja Gardowska
Seweryna Jurczenko
Bronisława Kapelewska
Stanisława Knoche
Stefanja Michałowska
Janina Mickiewiczówna
Halina Piotrowiczówna
Janina Romanowska
Jadwiga Roszkowska
Michalina Szelągowska
Marja Szmigielska
Marja Tarkowska
Urszula Traczewska
Bronisława Wasilewska
Stanisława Wiśniewska

SPRAWOZDANIE ROCZNE

Stow. Zaw. Pielęgniarek i Higjenistek w Poznaniu

za czas od 16-go lutego 1933 r. do 18-go stycznia 1934 roku

(W streszczeniu).

Na Walnem Zebraniu, jedenastem z rzędu od chwili powstania Stowarzyszenia, 16-go lutego 1933 roku, wybrano Zarząd następujący:

Przewodnicząca: p. M. Stenclówna
Wiceprzewodnicząca: p. Z. Łazarewiczówna
Sekretarka: p. M. Marwitzówna
Skarbniczka: p. Z. Szulczewska.

W okresie sprawozdawczym urządzono 7 zebrań miesięcznych, 6 zebrań Zarządu oraz jeden wieczorek (wigilijny).

W okresie wakacyjnym z powodu małej ilości koleżanek zebrań nie było. Pierwsze zebranie powakacyjne odbyło się dnia 14-go września. Zebrania odbywały się częściowo w Szkole, częściowo w świetlicy VII Szpitala Okręgowego.

Stowarzyszenie liczy obecnie 56 członkiń. W tym okresie przystąpiło do Stowarzyszenia 9 koleżanek. Z powodu nieopłacania składek członkowskich skreślono z listy 4 członkinie, 2 koleżanki ustąpiły na życzenie własne.

Stowarzyszenie rozpoczęło pracę zorganizowaniem dnia 19-go lutego 1933 roku wycieczki w okolice Swarzędza, połączonej ze zwiedzaniem Szpitala Ortopedycznego Kasy Chorych w Swarzędzu. W maju urządzono wycieczkę do Ludwikowa, gdzie zwiedzono wzorowo urządzone Sanatorjum Gruźlicze Kasy Chorych. W dniu 21. grudnia ub. roku zamiast zebrania miesięcznego Stowarzyszenie urządziło Wieczór Wigilijny.

Z początkiem roku sprawozdawczego Zebranie uchwaliło przystąpić na prawach towarzystwa afiljowanego do Polskiego Touring Klubu, dzięki czemu członkinie nasze korzystałyby, wyjeżdżając na wakacje, z 33% zniżek kolejowych, również mogłyby korzystać z wycieczek i imprez Touring Klubu, oraz miałyby możność organizowania własnych wycieczek przy pomocy Klubu.

Na miesięcznych zebraniach, poza sprawami czysto zawodowemi, postanowiono omawiać i dyskutować nad zagadnieniami z innych dziedzin.

Wygłoszono następujące referaty:

1) w marcu 1933 r. przez p. Marwitzównę: „Jezus Chrystus — praźródło miłosierdzia“
2) w kwietniu 1933 r. przez p. Jerzego Kollera, dyrektora Muzeum Wielkopolskiego: „Polska Literatura współczesna“;
3) w listopadzie 1933 r. przez p. pułk. Kucharskiego: „Dieta roślinna i surówka w chorobach“.

Zainteresowanie temi tematami było bardzo duże.

W październiku odczytany i przedyskutowany został artykuł: „Jaką powinna być pielęgniarka“ — Ks. Rękasa, „Ruch charytatywny“ Nr 9, wrzesień 1933 r.

W związku z walnem Zebraniem P. S. P. Z. w Warszawie, prowadzona była dłuższa korespondencja wymienna w celu osiągnięcia 50% zniżki kolejowej dla członkiń Stowarzyszenia, chcących wziąć udział w Walnem Zebraniu P. S. P. Z. Ze zniżki tej korzystało 7 koleżanek. Jako delegatkę Stowarzyszenia wysłano p. Okuliczową.

W roku sprawozdawczym ustąpiła na własną prośbę, z godności przedstawicielki Stowarzyszenia Poznańskiego do Zarządu P. S. P. Z. w Warszawie, p. Żakowska. Na jej miejsce wybrano kandydatkę p. Stenclównę Marję, która przez Walny Zjazd została przyjęta.

W przeciągu roku sprawozdawczego udzielono koleżankom pożyczki zwrotnej w sumie 1775 złotych.

Projekt uczczenia uroczystem zebraniem 10-lecia istnienia Poznańskiego Stowarzyszenia nie został zrealizowany z powodu remontu i zmian w Szkole.

Kończąc niniejsze sprawozdanie, podnieść należy chętny udział koleżanek w pracy Stowarzyszenia, które dzięki im postępuje stale naprzód w swoim rozwoju.

SPRAWOZDANIE KASOWE

STOWARZYSZENIA ZAWOD. PIELĘGNIAREK i HIGJENISTEK W POZNANIU

za czas od 16-go lutego 1933 r. do 18-go stycznia 1934 r.

DOCHÓD:

Saldo kasowe w dniu 16-go lutego 1933 r.	zł.	1.277.37
Wpływy ze składek członkowskich	zł.	688.58
Zwrot udzielonych bezprocentowych pożyczek	zł.	1.723.00
Procent z Banku Miasta Poznania	zł.	75.18
Za kurs dokształcający R. 31/32	zł.	4.20
	zł.	**3.768.33**

ROZCHÓD:

Składka do P. S. P. Z. — R. 33	zł.	295.35
Koszta Zjazdowe — Warszawa R. 1933	zł.	110.55
Kancelarja	zł.	85.31
Udzielono pożyczek krótkoterminowych	zł.	1.775.00
Wycieczka, herbatki, referat, składki do Turing Klubu	zł.	150.64
Na fundusz im. F. Nightingale	zł.	100.00
	zł.	**2.522.85**
Saldo	**zł.**	**1.245.48**
	zł.	**3.768.33**

KRONIKA

ZAKŁAD W ŚWIACKU

Nazwa Zakładu dla alkoholików i narkomanów w Świacku została zmieniona na „Państwowy Zakład Leczniczy dla nerwowo wyczerpanych".

KURSA W PAŃSTWOWYM ZAKŁADZIE HIGJENY

W marcu zakończone zostały kursa w Państwowej Szkole Higjeny; dla Inspektorów pracy VII Kurs Higjeny Pracy, oraz dla sanitarjuszów sportowych III Kurs Ratownictwa Sportowego.

PAŃSTWOWA RADA DO SPRAW UZDROWISK

Rozp. Min. Opieki Społecznej została utworzona Państwowa Rada do spraw uzdrowisk. Rada będzie wydawać opinje w sprawach: uznawania uzdrowisk za posiadające charakter użyteczności publicznej; nadawanie uzdrowiskom statutów; ustalanie okręgu ochrony sanitarnej i szczegółowych przepisów sanitarnych. Do Rady wchodzą przedstawiciele: Min. Opieki Społecznej, Spraw Wewnętrznych, Przemysłu i Handlu, Wydziału Lekarskiego U. W., Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Ubezpieczeń Społecznych, Nacz. Zw. Uzdrowisk Polskich i znawców zdrojownictwa, delegowanych przez Ministerstwo.

BADANIE WODY DO PICIA

Ministerstwo Opieki Społecznej wydało okólnik z instrukcją o badaniu wody do picia i do potrzeb gospodarskich. Instrukcja obejmuje: 1) badanie sanitarne źródeł wody i urządzeń wodnych; 2) kontrolę i odkażanie urządzeń wodnych; 3) zasady pobierania opłat za badanie prób wody.

NOWY ODDZIAŁ CHIRURGJI DZIECIĘCEJ

W kwietniu br. otwarty został na Klinice Dziecięcej Uniwersytetu Warszawskiego Prof. Michałowicza oddział chirurgiczny. Nowy oddział posiada najnowsze instalacje tak na salach operacyjnych, jak i na salach chorych. Kierownikiem oddziału jest Dr. Piasecki. Pracę pielęgniarską pełnią absolwentki Warsz. Szkoły Pielęgniarstwa.

OPIEKA NAD PSYCHICZNIE I NERWOWO CHORYMI

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia przystąpiła do opracowania ustawy o opiece nad psychicznie chorymi. W związku z zainteresowaniem się opieką nad psychicznie chorymi, Warszawskie Tow. Pomocy Lekarskiej i Opieki nad psychicznie chorymi wzywa do zakładania prowincjonalnych kół, celem ochrony chorych przed krzywdzeniem ich i celem dostarczania najbiedniejszym koniecznych środków do utrzymania.

AKADEMJA W POZNANIU

Na uniwersytecie w Poznaniu odbyła się uroczysta akademja ku uczczeniu pamięci mikrobiologów francuskich: A. Calmette'a i E. Roux.

WALKA Z JAGLICĄ

Ministerstwo Opieki Społecznej wydało z końcem lutego rozporządzenie w sprawie walki z jaglicą i propagandy przeciwjagliczej.

W walce z jaglicą, obok akcji leczniczej i leczniczo-zapobiegawczej, winna być pwroadzona systematycznie i należycie zorganizowana akcja uświadamiająco-propagandowa. Do prowadzenia tej akcji powołane są wszystkie instytucje lecznicze i leczniczo-zapobiegawcze, w pierwszym rzędzie przychodnie przeciwjaglicze, a następnie instytucje zajmujące się szerzeniem zasad higjeny, a więc: szkoły, zakłady opiekuńcze, związki prowadzona systematycznie i należycie zorganizowana akcja uświadamiająco-propagandowej przeciwjagliczej winny być pokryte przez właściwe instytucje i organizacje.

JAGLICA W WIĘZIENIACH I DOMACH POPRAWY

Rozpisana ankieta w roku 1932 w sprawie występowania chorób ocznych ze specjalnem uwzględnieniem jaglicy w więzieniach i domach poprawczych, dała następujące wyniki: w więzieniach i domach poprawczych leczyło się ogółem 8.808 osób chorych na oczy, w tem zaś 644 osób leczyło się na jaglicę. Na 117 zakładów. tylko 11 zakładów było wolnych od zachorowań na oczy. Zachorowania na jaglicę były w 63 zakładach, t. j. 54 proc. zakładów było zajagliczonych. Na ogólną liczbę 34.844 porad udzielonych dla chorych ocznych, przypadało 8.889 porad chorym jagliczym. Z powyższego widać, że choroby oczu i jaglicy stanowią duże obciążenie szpitali więziennych i domów poprawczych.

JAGLICA WŚRÓD POBOROWYCH

W roku 1931 komisje lekarskie wykryły przy przeprowadzaniu poboru wojskowego 6.698 przypadków jaglicy. Największa liczba chorych na jaglicę przypadała na województwo łódzkie, najmniejsza — na wojew. śląskie.

SZKOŁA DLA NIEDOWIDZĄCYCH W WARSZAWIE

W Państwowym Instytucie dla Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie zaprojektowane zostało utworzenie klasy doświadczalnej dla niedowidzących dzieci. Na specjalnej konferencji omawiano organizację szkół tego rodzaju zagranicą, gdzie profilaktyczne ujęcie tego działu pracy społecznej jest bardzo dobrze rozwinięte. Odosobnienie dzieci niedowidzących od normalnie widzących rozwiąże wiele trudności w pracy higjeny szkolnej.

OCHRONA OCZU W PRZEMYŚLE

Do programu prac Instytutu Spraw Społecznych na 1934 rok zostało włączone podjęcie prac w zakresie przygotowania monografji o ochronie oczu w przemyśle. Zwrócono się do prof. Melanowskiego z propozycją opracowania tematu.

MIĘDZYNARODOWE ORGANIZACJE PRZECIWJAGLICZE I ZAPOBIEGANIA ŚLEPOCIE

W Paryżu odbył się zjazd międzynarodowych organizacyj do zwalczania jaglicy i zapobiegania ślepocie. Porządek obrad: Sprawozdanie przewodniczącego Międzynarodowej Organizacji Zapobiegania Ślepocie. 2) Sprawozdanie prezesa Międzynarodowej Organizacji do Zwalczania Jaglicy. 3) Zapobieganie ślepocie w krajach tropikalnych. Prócz tego omawiane były postępy w organizacji zapobiegania ślepocie i zwalczaniu jaglicy w poszczególnych krajach.

CHOROBY EPIDEMICZNE W AFRYCE

W południowej Afryce wybuchły epidemiczne choroby wskutek powodzi. Duże przestrzenie w ostatnich miesiącach zostały zmienione w bagniska, będące wylęgarniami moskitów. Woda studzienna stała się niemożliwa do picia. Złe komunikacje nie pozwalają na zorganizowanie odpowiedniej pomocy. Panuje brak żywności i zupełny brak lekarstw.

MIĘDZYNARODOWY ZJAZD LEKARZY - AUTOMOBILISTÓW

W Utrechcie (Holandja) odbędzie się zjazd lekarzy - automobilistów. Poruszony będzie cały szereg ciekawych tematów: odznaka lekarska dla samochodów; pierwszeństwo w przejeździe dla lekarzy; obniżka opłat dla lekarzy; sprawa zezwolenia na prowadzenie samochodów z punktu widzenia lekarskiego.

INSTYTUT „BENITO MUSSOLINI“

W Rzymie, Instytut Przeciwgruźliczy im. „Benito Mussolini“ otrzymał dar w kwocie pół miljona lirów od prywatnej osoby, z przeznaczeniem na urządzenie zakładu dla noworodków matek gruźliczych.

TESTAMENT MILJONERA

W Toronto w Kanadzie, zmarły niedawno miljoner przekazał w testamencie 700.000 dolarów dla kobiety kanadyjskiej, która w 10 lat po jego śmierci będzie miała największą ilość dzieci. Zapis ten wzbudza wielkie zainteresowanie wśród kobiet i wśród rodzin.

WALKA Z GRUŹLICĄ

W Nowym Jorku władze sanitarne nakazały obowiązkowe badanie wszystkich pracowników w handlu środkami spożywczemi, na obecność czynnej gruźlicy. Przeprowadzone są badania rentgenologiczne, bakterjologiczne i fizykalne. W przeprowadzaniu próbnem w 1932 roku stwierdzono u 2 proc. badanych otwartą gruźlicę, mimo pozorów dobrego stanu zdrowia.

WALKA Z RAKIEM

W Baltimore John Hopkins Hospital otrzymał zapis, którego odsetki coroczne w wysokości 1000 dolarów, przyznawane mają być badaczowi, który położy największe zasługi w zakresie leczenia raka. Resztę procentów przeznacza ofiarodawca na wspieranie osób chorych na raka; 15.000 dolarów z kapitału ma otrzymać badacz, który znajdzie istotną i skuteczną metodę walki z rakiem.

KONGRES PRZECIWREUMATYCZNY W MOSKWIE

W dniach 3 — 6 maja b. r. odbędzie się w Moskwie IV Międzynarodowy Kongres Przeciwreumatyczny. Po zakończeniu Kongresu odbędą się wycieczki dla członków Kongresu w dwóch kierunkach: 1) Moskwa — Leningrad, 2) Moskwa — Uzdrowiska Kaukaskie — Krym, Odessa.

RAK PŁUC

W Joachimowie (Czechosłowacja) w kopalniach rudy uranowej, zwrócono uwagę na częste występowanie raka płuc u robotników pracujących w kopalni. Rząd czechosłowacki wydał rozporządzenie przeprowadzania badań naukowych nad wpływem emanacyj radowych na powstawanie raka. Przeznaczył na ten cel znaczne subwencje.

WALKA Z NARKOMANJĄ

W Tow. Lekarskiem w Warszawie organizowane są co pewien czas odczyty w sprawie zwalczania narkomanji. W listopadzie 1933 r. odbyły się dwa posiedzenia, specjalnie poświęcone tej sprawie.

ABSTYNENCI W SZWECJI

Towarzystwo, propagujące abstynencję w Szwecji, zyskało w roku ubiegłym około 7.000 nowych członków. — Dotąd na ogólną ilość ludności 6 miljonów, do abstynentów należało 230.000. Jest to najwyższa liczba abstynentów ze wszystkich krajów europejskich.

VARIA

DOUSTNE PODAWANIE SZCZEPIONEK BCG U MŁODZIEŻY I DOROSŁYCH

W *Presse Médicale* Nr 20 z 1933 r. artykuł A. Calmetta podaje wyniki badań co do działana szczepionki BCG., podawanej doustnie młodzieży i dorosłym. Doświadczenia wykazują, że takie szczepienia ochronne młodzieży i dorosłych dają dobre wyniki i że błona śluzowa mniej przepuszczalna u starszych nie przeszkadza w stosowaniu szczepionki. Autor zaznacza, że szczepienie ochronne wskazane jest szczególnie u osobników nieodpornych, a narażonych na masowe zakażenie gruźlicą.

W Oslo przeprowadzono doświadczenia na uczenicach Szkoły Pielęgniarstwa. u których próba Pirqueta dała odczyn ujemny. Po jednokrotnem lub dwukrotnem podaniu szczepionki uczennice te uzyskały odporność, t. zn. zaczęły reagwać na tuberkulinę.

WATA Z WODOROSTÓW

W Sowietach dokonano próby wyrobu waty z przeróbek wodorostów syberyjskich. Wata ma własności hygroskopijne daleko większe, niż wata bawełniana. W roku bieżącym wyprodukowano 1000 tonn takiej waty.

ZMIANY ILOŚCI PŁYTEK WE KRWI U KOBIET

Normalna ilość płytek Bizzozera we krwi u kobiet waha się między 330.000 a 380.000. We Francji dr. Beuhamon i dr. Nouchy przeprowadzali badania nad zmianami ilości płytek w czasie miesiączkowania, ciąży i połogu. Obserwacje wykazały,

że przed samą miesiączką ilość spada do około 100.000 płytek i utrzymuje się przez 2—3 dni w ilości niższej, poczem powraca do normy. — W czasie ciąży ilość płytek wzrasta do 600.000. W czasie porodu a szczególnie w połogu, w pierwszych dniach uwydatnia się subnormalna ilość płytek; między 8—9 dniem ilość płytek wzrasta powoli, osiągając normalną wysokość. Wyniki tych badań uzasadniają prawidła nie operowania w czasie miesiączki, jak również powikłania połogowe w tworzeniu się skrzepów u położnicy.

BADANIA INTELIGENCJI I WARUNKÓW PRACY

Badania psychotechniczne rozpowszechniają się stale, gdyż wyniki pracy osób poddanych uprzednio próbie inteligencji, są daleko wyższe, niż wyniki pracy osób przydzielonych bez rozpatrzenia ich specjalnych uzdolnień. — I tak np. rekruci, przydzieleni do obsługi tanków na podstawie badania psychotechnicznego, okazują o wiele więcej sprawności i zdolności w tym dziale, niż rekruci przydzieleni bez przebadania.

Również coraz nowsze ulepszenia wprowadzane są w warunki pracy na podstawie dokonywanych obserwacyj.

W jednej z tkalni w Ameryce stwierdzono, że wydajność pracy tkacza jest o 12 procent większa, jeżeli używa aparatów na uszy, przytłumiających hałasy panujące w fabryce.

Tak samo podwyższa się wydajność pracy stenotypistki, piszącej na „cichej" maszynie. — Ciepło i światło odpowiednie są też dodatniemi warunkami wydatności pracy.

Prócz podwyższenia produkcji czyto przez odpowiednie uzdolnienie, czy warunki, skupiające umysł, podnieść musimy ważność badania inteligencji i warunków pracy dla zachowania i podniesienia poziomu zdrowotności pracujących.

PORADNIE SPORTOWE

W Niemczech rozpowszechnione są poradnie sportowe. W większych miastach jest ich po kilkanaście, prócz tego 66 poradni rozsianych jest po mniejszych miastach.

M. St.

ZASTRZYKI Z WYCIĄGU ŁOŻYSKA

W Ameryce robią próby uodporniania dzieci przeciw odrze. W tym celu zaczęto stosować zastrzyki z wyciągu łożyska dzieciom, które odry jeszcze nie przechodziły. Na kilkadziesiąt dzieci, tylko parę uległo zakażeniu. Celem doświadczenia, innej grupie dzieci stosowano surowicę ozdrowieńców. W tej grupie daleko większy był procent zachorowań. W okresie wylęgania, stosowano u tych dzieci zastrzyki z wyciągu łożyska; przebieg odry był bardzo lekki. Wyciąg z łożyska powoduje zwiększenie wogóle ilości ciał odpornościowych w ustroju dzieci, którym jest wstrzykiwany, dlatego wyciąg z łożyska nie potrzebuje być z łożyska z matki, która świeżo przebyła odrę. Przeprowadzane są dalsze badania nad działaniem wyciągu łożyska w innych chorobach zakaźnych.

WCZESNE WSTAWANIE PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH

Zagraniczne czasopisma poświęcone chirurgji, omawiają wskazania wczesnego wstawania po zabiegach operacyjnych. I tak po operacjach kończyn górnych, głowy, szyi, klatki piersiowej, chorzy wstają już po 24 godzinach, po niektórych laparatomjach po 48 godzinach, lub po 3 dniach, o ile oczywiście rany pooperacyjne są szyte. Celem tego wskazania jest zwiększenie krążenia leukocytarnego, zwalczającego drobnoustroje, dostające się przez ranę pooperacyjną. Przeprowadzono badania co do ilości białych ciałek, która zwiększa się znacznie wskutek ruchu. Najmniej różnicy w ilości ciałek

białych wykazywali chorzy, którym podawano preparat hirudynę (zapobiegający krzepnięciu krwi). Dlatego też zalecane jest stosowanie hirudyny przy zabiegach, wykluczających wczesne wstawanie. Hirudyna prócz działania przeciw krzepnięciu krwi, posiada zdolność normowania krążenia leukocytarnego.

Posady objęte i zmienione

Absolwentki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa

P. Wanda Jałowcówna z oddziału chirurgicznego Szpitala im. Karola i Marji przeniosła się 16. kwietnia 1934 na oddział chirurgiczny Kliniki Dziecęcej Un. Warszawskiego, jako pielęgniarka starsza.

Na tym samym oddziale pracują:

P. Felicja Krajewska, p. Jadwiga Penkala od 15-go kwietnia.

P. Mieczysława Szymańska, p. Wł. Bronczewska od 1-go maja.

P. Krystyna Morzkowska 1-go kwietnia br. przestała pracować w Sanatorjum Z. U. P. w Krynicy, od dnia 1-go maja 1934 r. pracuje w San. ZUP. w Ciechocinku.

P. Zofja Burghardówna od 1-go maja w Sanat. ZUP. w Truskawcu.

P. Irena Czechowiczówna od 1-go kwietnia w Sanat. ZUP. w Busku.

P. Marja Pągowska od 1. czerwca w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, jako młodsza instruktorka.

Lwowskie Koło PSPZ. donosi, że p. Janina Dewiczówna, abs. WSP. objęła dnia 1-go maja 1934 r. stanowisko przełożonej w Sanatorjum w Hołosku, a z dniem 15-go maja 1934 r. p. Leokadja Sienkiewiczowa, abs. USP. i H. w Krakowie, zaczęła pracę pielęgniarki oddziałowej w temże Sanatorjum.

ZMIANY POSAD W POLSKIM CZERWONYM KRZYŻU

w październiku, listopadzie i grudniu 1933 r.

Od 1-go października 1933 roku:

S. Paprocka Anna ze Szp. Wojsk. Wilno do Szp. Wojsk. Łódź.
S. Wilczewska Ola ze Szp. Wojsk. Łódź do Szp. Wojsk. Wilno.
S. Wiśniewska Jadwiga ze Szp. Wojsk. Kraków do Szp. Wojsk. Brześć n. Bugiem.
S. Krzywicka Klementyna ze Szp. Wojsk. Kraków do Garn. I. Ch. Katowice.
S. Kwiatkowska Marja ze Szp. Wojsk. Chełm do Szp. Wojsk. Lwów.
S. Pieńkowska Irena ze Szpitala Wojsk. Lwów do Szp. Wojsk. Przemyśl.
S. Bogdanówna Eugenja ze Szp. Wojsk. Chełm do Szp. Wojsk. Lublin.
S. Rączewska Marja ze Szp. Wojsk. Lwów do Szp. Wojsk. Chełm.
S. Niemczurzanka Teofila ze Szp. Wojsk. Przemyśl do Garn. I. Ch. Stanisławów.
S. Jachimowicz Rozalja z Garn. I. Ch. Brzeżany do Garn. I. Ch. Stanisławów.
S. Kichówna Adela z Garn. I. Ch. Stanisławów do Garn. I. Ch. Brzeżany.
S. Gumowska Czesława ze Szp. Wojsk. Wilno do Szp. Wojsk. Chełm.

Od 1-go listopada 1933 roku:

S. Mickiewicz Anna ze Szp. Wojsk. Kraków do Szp. Wojsk. Brześć n. B.
S. Rzeźnicka Regina ze Szp. Wojsk. Brzećś n. B. do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Żyłowska Natalja ze Szp. Wojsk. Brześć n. Bugiem do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Tujakowska Genowefa ze Szp. Wojsk. Lublin do Szp. Wojsk. Brześć n. B.
S. Jasińska Józefa ze Szpitala Wojsk. Chełm do Sanatorjum Rajcza.
S. Zalewska Halina ze Szp. Wojsk. Przemyśl do Szp. Wojsk. Łódź.

S. Wielowieyska Anna ze Szp. Wojsk. Warszawa do Kl. Uniw. Warszawa.
S. Wyleżyńska Zofja ze Sanatorjum Wojsk. Rajcza do Ośrodka Zdr. Siedlce.

Przyjęto do służby czynnej w Polskim Czerwonym Krzyżu

Od 1-go października 1933 roku:

P. Ponikowska Janina Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. CWSan. Warszawa.
P. Zarębianka Honorata Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Wilno.
P. Rosińska Wanda Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Romanowicz Anastazja Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Piotrowska Marja II. Sz. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Równe.
P. Kałużewska Melanja Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Łódź.
S. Plucińska Helena Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Brześć n. B.
P. Napadłówna Adamina Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Poznań.

Od 1-go listopada 1933 roku:

P. Danska Jadwiga Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Przemyśl.
P. Witkowska Zofja Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Warszawa.
P. Isbrandt Marja Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Toruń.

Od 1-go grudnia 1933 roku:

P. Walczakówna Genowefa Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Łódź.
P. Kussówna Kazimiera Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Grodno.

Przeszły na emeryturę:

30-go listopada 1933 r. S. Opatowiecka Izabela ze Szp. Wojsk. Łódź.
31-go grudnia 1933 r. S. Baranówna Kornelja ze Szp. Wojsk. Chełm.

Przestały pracować w Polskim Czerwonym Krzyżu:

30. listopada 1933 r. S. Hardajewicz Irena ze Szp. Wojsk. Grodno z powodu zamążpójścia.

31-go grudnia 1933 r. S. Drygas-Szymczakowa H. ze Szpitala Wojskowego Grodno z powodu zamążpójścia.

31-go grudnia 1933 r. S. Wołyncewicz Jadwiga ze Szp. Wojsk. Kraków.
31-go grudnia 1933 r. S. Morzkowska Krystyna ze Sanatorjum Wojsk. Rajcza.

ZMIANY POSAD W POLSKIM CZERWONYM KRZYŻU
w styczniu, lutym i marcu 1934 r.

1-go stycznia 1934 r. S. Bittenek Zofja, poprzedni przydział: Zakład Gąsiorowski, obecny: Chełm Lub., Szpital Wojskowy, jako przełożona.

1-go stycznia 1934 r. S. Jasiukowa Helena, poprzedni przydział: Chełm Lubelski, Szpital Wojskowy; obecny: Dęblin, Szpital Wojskowy.

1-go stycznia 1934 r. S. Chociamowicz Ewa, poprzedni przydział: Lublin, Szpital Wojskowy; obecny: Chełm Lub., Szpital Wojskowy.

1-go stycznia 1934 r. S. Ulrychowa Stefanja, poprzedni przydział: Dęblin, Szpital Wojskowy; obecny: Kraków, Szpital Wojskowy.

1-go stycznia 1934 r. S. Rolińska Władysława, poprzedni przydział: Przemyśl, Szpital Wojskowy; obecny: Warszawa, Szpital Wojskowy, Okręg I.

16-go stycznia 1934 r. S. Szajnowska Aleksandra, poprzedni przydział: Rajcza, Sanatorjum; obecny: Siedlce, Ośrodek Zdrowia Polskiego Czerwonego Krzyża.

W lutym 1934 r. S. Czarnecka Kornelja, poprzedni przydział: Warszawa, Szpital Okręg. I.; obecny: Dęblin, Szpital Wojskowy.

W marcu 1934 r. S. Woźniakówna Eugenja, poprzedni przydział: Warszawa, Klinika Lanryngologiczna; obecny: Warszawa, Szpital Wojskowy C. W. San.

S. Ponikowska Janina, poprzedni przydział: Warszawa, Szpital C. W. San.; obecny: Lwów, Szpital Wojskowy.

S. Łuszczkówna Irena, poprzedni przydział: Lwów, Szpital Wojsk., obecny: Łódź, Szpital Wojskowy.

S. Brzykcówna Agnieszka, poprzedni przydział: Równe, Szpital Wojskowy; obecny: Grudziądz, Szpital Wojskowy.

8-go marca S. Chojnacka Zofja, poprzedni przydział: Lwów, Szpital Wojskowy; obecny: Brześć nad Bugiem, Szpital Wojskowy.

PRZYJĘTE DO SŁUŻBY CZYNNEJ W POLSKIM CZERWONYM KRZYŻU:

1-go stycznia 1934 r. P. Rybczyńska Pelagja, abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Sanatorjum Wojskowego, Rajcza.

P. Strugarkówna Kazimiera, abs. Szkoły Piel. PCK. Poznań do Szpitala Wojskowego w Poznaniu.

16-go stycznia 1934 r. P. Zakrzewska Zofja, abs. Szkoły Piel. Warszawa do Sanatorjum Wojskowego Rajcza.

1-go stycznia 1934 r. P. Sikorzanka Helena, abs. Szkoły Piel. Warszawa, do Sanatorjum Szpitala Wojskowego w Przemyślu.

26-go lutego 1934 r. P. Ślęczkowska Janina, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Ośrodka Zdrowia Snopków.

15-go lutego 1934 P. Mundkowska Dorota, abs. Szkoły Piel. PCK. Poznań do Szkoły Piel. Poznań, jako instruktorka.

W marcu 1934 r. P. Petrykowska Eugenja, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Kliniki Laryng. Warszawa.

P. Krzyżanowska Helena, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Lwów.

P. Gierszewska Irena, abs. Szkoły Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Poznań.

8-go marca 1934 r. P. Cybulska Ludwika, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Szpitala Wojskowego Lwów.

8-go marca 1934 r. P. Cybulska Ludwika, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Szpitala Wojskowego Lwów.

P. Bąkówna Kazimiera, abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Ziemianek.

P. Merówna Stanisława, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Ziemianek.

P. Mierzejewska Jadwiga po specjalizacji w rentg. — Szpital Wojskowy Równe.

19-go marca 1934 r. P. Śmiałkowska Halina, abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Z. U. P. U. Iwonicz.

Przestały pracować w Polskim Czerwonym Krżyżu:

1-go lutego 1934 r. S. Jasiukowa Helena ze Szp. Wojsk. Dęblin na emeryturę.

1-go marca 1934 r. S. Mazgałowa Marja ze Szp. Wojsk. Lwów na emeryturę.

S. Kraussowa Zofja ze Szpitala Wojsk. Grudziądz na emeryturę.

Zmarła:

3-go lutego 1934 r. S. Gardulska Janina w Szpitalu PCK. Warszawa, Smolna 6.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.

Popierajmy Polskie Uzdrowiska!

Schematyczne wskazania dla leczenia najważniejszych chorób przewlekłych w polskich uzdrowiskach.

Choroby serca i naczyń: Ciechocinek, Delatyn, Druskieniki, Inowrocław, Iwonicz, Krynica, Morszyn, Nałęczów, Rabka, Truskawiec, Żegiestów.

Choroby narządu oddechowego: Bystra, Ciechocinek, Gdynia, Hallerowo, Inowrocław, Iwonicz, Jaremcze, Krościenko, Lubień Wielki, Otwock, Rabka, Rymanów, Szczawnica, Truskawiec, Worochta, Zaleszczyki.

Choroby żołądka i jelit: Druskieniki, Kosów, Krościenko, Krynica, Morszyn, Nałęczów, Szczawnica, Truskawiec, Wysowa, Żegiestów.

Choroby wątroby: Czernienice, Druskieniki, Krościenko, Krynica, Morszyn, Szczawnica, Truskawiec, Wysowa.

Choroby nerek i dróg moczowych: Druskieniki, Krynica, Nałęczów, Rymanów, Truskawiec, Wysowa, Zaleszczyki, Żegiestów.

Choroby kobiece: Busk, Ciechocinek, Delatyn, Druskieniki, Goczałkowice, Inowrocław, Jastrzębie, Krynica, Lubień Wielki, Nałęczów, Rabka, Solec, Truskawiec, Ustroń, Żegiestów.

Cukrzyca: Krościenko, Krynica, Nałęczów, Rymanów, Szczawnica, Truskawiec.

Otyłość: Czernienice, Kosów, Lubień Wielki, Morszyn, Truskawiec.

Goścowe i urazowe schorzenia kości i stawów: Busk, Ciechocinek, Goczałkowice, Inowrocław, Iwonicz, Jastrzębie, Krzeszowice, Lubień Wielki, Niemirów, Podgórze - Kraków, Solec, Swoszowice, Truskawiec, Ustroń.

Choroby układu nerwowego: Bystra, Batowice, Ciechocinek, Druskieniki, Inowrocław, Jaworze, Kosów, Krynica, Lubień Wielki, Nałęczów, Zakopane, Zaleszczyki.

Skaza zołzowa: Ciechocinek, Druskieniki, Gdynia, Goczałkowice, Hallerowo, Inowrocław, Iwonicz, Rabka, Rymanów, Zakopane, Zaleszczyki.

Gruźlica płuc: Bystra, Jaremcze, Otwock, Worochta, Zakopane, Zawoja.

Gruźlica skóry, kości i stawów: Druskieniki, Ciechocinek, Iwonicz, Rabka, Rymanów, Worochta, Zakopane, Zawoja.

Ozdrowiny po chorobach gorączkowych: Gdynia, Hallerowo, Hel, Inowrocław, Jaremcze, Jastrzębia Góra, Jastarnia, Jurata, Krynica, Kosów, Nałęczów, Orłowo, Rymanów, Szczawnica, Worochta, Zaleszczyki, Zawoja.